

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Novembre 1907, à 1 heure

PAR

Léon DESLIONS

Ancien Externe des Hôpitaux
et de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE
ATTÉNUÉE

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

Juges { MM. QUÉNU, professeur
AUVRAY, agrégé
LENORMANT, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHT
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL
Opérations et appareils.....		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....		QUENU
Thérapeutique.....		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....		GILBERT BALLE
		ROGER
Clinique médicale.....	}	HAYEM
Maladies des enfants.....		DIEULAFOY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		DEBOVE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		LANDOUZY
Clinique des maladies du système nerveux.....		HUTINEL
Clinique chirurgicale.....	}	JOFFROY
Clinique ophtalmologique.....		GAUCHER
Clinique des maladies des voies urinaires.....		RAYMOND
Clinique d'accouchements.....	}	LE DENTU
Clinique gynécologique.....		BERGER
Clinique chirurgicale infantile.....		RECLUS
Clinique thérapeutique.....		SEGOND
		DE LAPERSONNE
		ALBARRAN
		PINARD
		BAR
		POZZI
		KIRMISSON
		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	DEMELIN	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BEZANCON (FER.)	DUPRE	LEGREY	POTOCKI
BRINDEAU	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BROCA	GOSSET	LCEPER	RENON
BRUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
COUVELAIRE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'E o'e a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE, A MA BELLE-MÈRE

A MON FRÈRE, A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

M. MONOD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

M. ARROU

Chirurgien des hôpitaux

M. LEGENDRE

Médecin de l'hôpital Lariboisière

M. LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

M. GALLIARD

Médecin de l'hôpital Lariboisière

M. BONNAIRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur de l'hôpital Lariboisière

M. TRIBOULET

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

M. TERRIEN

Ophtalmologiste de l'hôpital des Enfants-Malades

M. POULARD

Ophtalmologiste des hôpitaux.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE.

Ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Lille
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de
Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153527_0134

PREFACE

Le 15 mai 1906 nous entrons comme externe dans le service du professeur de Lapersonne à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Nous avons encore présent à l'esprit l'accueil si bienveillant qui nous a été fait par le maître et par ses nombreux et dévoués collaborateurs.

M. le professeur de Lapersonne a toujours été pour nous le maître le plus bienveillant. C'est à son enseignement que nous devons tout ce que nous savons. Par ses cours préparatoires, par ses leçons cliniques et par cet admirable cours de perfectionnement qui termine l'année scolaire, M. le professeur de Lapersonne nous a donné un enseignement complet. Nous avons eu souvent besoin de ses conseils et de son appui. Aujourd'hui il nous fait encore le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de lui témoigner ici notre profonde reconnaissance et notre respectueux attachement.

Nous devons également des remerciements au D^r Monthus, chef de clinique, au D^r Cantonnet, chef de laboratoire, qui nous ont accordé si aimablement le secours de leur expérience, au D^r Joseph, assistant du service, qui avec une patience admirable a guidé nos premières études d'ophta-

mologie, au D^r Pley, chef des travaux optiques et au D^r M. Landolt, assistant adjoint, aux D^{rs} Cerise et Coutelas, internes du service, qui ont été pour nous des maîtres et des amis.

INTRODUCTION

Nous ne voyons plus aussi souvent qu'autrefois des cas d'ophtalmies sympathiques graves, c'est-à-dire des ophtalmies sympathiques survenant de quatre à cinq semaines après le traumatisme et produisant l'irido-cyclite aboutissant rapidement à la cécité. Les causes sont multiples. La principale est l'antisepsie pour arrêter les processus infectieux. On peut dire que grâce à l'antisepsie l'ophtalmie sympathique opératoire a à peu près disparu. Quant aux plaies accidentelles du globe oculaire elles sont désinfectées avec des solutions antiseptiques et elles sont protégées contre les infections du dehors par des pansements soigneusement aseptiques. La radiographie et la radioscopie ont aussi sans doute dans une certaine mesure diminué les cas d'ophtalmie sympathique. Elles nous permettent dans certains cas de voir le corps étranger alors que nos autres moyens d'investigation ne nous avaient pas permis de le découvrir. Or nous savons aujourd'hui toute la gravité des corps étrangers inclus dans le globe oculaire. Nombreuses sont les observations d'ophtalmie sympathique survenant quelquefois très longtemps après l'accident dans lesquelles on a relaté la présence d'un corps étranger dans l'œil sympathisant. Nous pouvons donc avertir le malade du danger qu'il fait courir à son œil sain en conservant un œil souvent dif-

forme, presque toujours inutile et toujours dangeureux. En général après quelques hésitations le malade se décidera facilement à l'énucléation. C'est qu'en effet aujourd'hui la notion d'ophtalmie sympathique, ou tout au moins la notion du retentissement d'une affection d'un œil sur l'autre commence à être connue du public ouvrier. Les malades entendent dire dans leur entourage que la maladie peut passer d'un œil dans l'autre et bien souvent si la vision de l'œil blessé est complètement perdue ou tout au moins considérablement diminuée ils sont hantés par la peur de la perte de leur œil sain. Cette crainte de la cécité peut même chez certains sujets, plus particulièrement nerveux, occasionner des troubles du côté de l'œil sain. Ces troubles purement fonctionnels sont essentiellement caractérisés par des douleurs souvent très vives, de la photophobie, du larmolement, une diminution de l'acuité visuelle avec ou sans rétrécissement du champ visuel mais avec intégrité des milieux oculaires. Ce sont ces phénomènes qui sont décrits suivant les uns sous le nom d'irritation sympathique, suivant d'autres sous le nom d'amblyopie hystérique.

A côté de l'ophtalmie sympathique grave il y a encore des cas insidieux survenant plus longtemps après l'accident primitif et se présentant sous la forme d'iritis séreuse ou d'irido-cyclite mais peu douloureuse. Ces formes d'ophtalmies sympathiques que notre maître, M. le professeur de Lapersonne, nous a bien appris à connaître sous le nom d'ophtalmies sympathiques atténuées sont assez fréquentes. Nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs cas pendant notre séjour à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. L'étude de ces formes présente un intérêt considérable.

En effet dans certains cas les signes fonctionnels sont si atténués qu'ils peuvent passer inaperçus. Et cependant il est important de pouvoir dépister les premiers symptômes d'une ophtalmie sympathique afin d'agir le plus tôt possible sur l'œil sympathisant, car si dans la majorité des cas les troubles sympathiques ne sont influencés par l'énucléation que d'une façon incertaine il n'en est pas moins certain que les résultats de l'énucléation seront d'autant plus favorables qu'elle aura été pratiquée au plus tôt.

D'un autre côté le développement tardif de ces accidents sympathiques peut avoir des conséquences médico-légales particulières. Il peut y avoir prescription de l'action en révision ou bien la nature sympathique de l'affection peut être discutée vu la symptomatologie un peu effacée de la maladie.

Nous n'avons donc pas l'intention de faire toute l'histoire de l'ophtalmie sympathique. Nous nous attacherons seulement à étudier les formes atténuées, c'est-à-dire les formes dans lesquelles les phénomènes fonctionnels et les signes physiques peuvent être si réduits et si diminués qu'elles peuvent passer inaperçus.

Dans l'étude de ce modeste travail nous avons puisé aux sources classiques et dans les différentes revues d'ophtalmologie. Nos recherches ont été facilitées par les excellentes bibliographies qui ont été publiées sur cette question, principalement dans la thèse de Grullon et à l'article ophtalmie sympathique de Gama Pinto dans l'*Encyclopédie d'ophtalmologie* de Lagrange et Valude.

Nous suivrons le plan classique. Nous étudierons successivement l'étiologie, la pathogénie, la symptomatolo-

gie, le diagnostic, le pronostic et les conséquences médico-légales et le traitement de l'ophtalmie sympathique atténuée. Nous insisterons surtout sur la symptomatologie.

La bibliographie de l'ophtalmie sympathique se trouve déjà très complète dans plusieurs ouvrages récents (1). La bibliographie de l'ophtalmie sympathique atténuée que nous allons décrire se réduit à peu de choses ; nous citerons au fur et à mesure les travaux auxquels nous avons puisé.

1. Thèse de Grullon, Paris, 1902. *Encyclopédie d'ophtalmologie*. Tome V.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

L'ophtalmie sympathique est, suivant la définition du professeur Panas, l'inflammation d'un œil jusque-là sain sous l'influence de son congénère le plus habituellement traumatisé.

Cette définition indique déjà suffisamment quelles sont les causes qui peuvent produire l'ophtalmie sympathique. Celle-ci se voit le plus souvent à la suite des plaies accidentelles du globe oculaire.

L'obscurité qui environne encore la pathogénie de cette affection enlève par là même tout caractère de précision à l'étude de l'étiologie.

Nous ne savons pas en effet quelle est la cause directe, quel est le mécanisme de l'ophtalmie sympathique. Nous en sommes donc réduit à rechercher quelles sont les circonstances dans lesquelles elle se développe.

On appelle œil sympathisant celui qui est le point de départ des troubles et qui les communique à l'autre, œil sympathisé celui qui reçoit l'inflammation venue de l'autre œil. Mais il ne faudrait pas décrire sous le nom d'oph-

talmie sympathique tous les cas d'irido-cyclite, ou de papillite qui surviennent dans un œil quelques semaines ou quelques mois après que l'autre aura été atteint d'un traumatisme s'étant accompagné d'infection. En effet, il n'existe pas une manifestation de l'ophtalmie sympathique qui ne puisse être produite par toute autre cause, infection ou diathèse. Il faut qu'il y ait relation directe, filiation évidente des accidents, rapport de cause à effet entre l'œil sympathisant et l'œil sympathisé.

Ne fait pas qui veut une ophtalmie sympathique même lorsqu'il porte dans un œil des lésions inflammatoires (Grullon).

Si l'on consulte les statistiques, on voit que l'ophtalmie sympathique est relativement rare en comparaison du nombre des plaies accidentelles du globe oculaire. Il faut évidemment des circonstances particulières pour favoriser son éclosion et ici nous entrons dans la pathogénie et nous tombons dans le domaine des hypothèses.

L'influence de l'âge est difficile à établir. Les uns, avec Vignaud, Panas, affirment que les accidents sympathiques sont d'autant plus fréquents à mesure qu'on avance dans la vie ; d'autres qu'ils sont plus fréquents dans l'enfance. Il semble néanmoins que l'âge mûr soit celui qui soit le plus exposé.

Dans les statistiques on voit que l'affection est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Ceci se comprend aisément. En effet, l'homme est beaucoup plus exposé aux accidents de toute sorte que la femme.

L'influence de la profession est également à considérer. Tous les métiers qui exposent aux traumatismes d'une

façon générale paient un tribut plus fort à l'ophtalmie sympathique. Les industries du fer et du cuivre doivent venir en premier lieu.

Parmi les traumatismes de l'œil les contusions du globe oculaire ne sont pas admises par tous les auteurs. On a rapporté des observations d'ophtalmie sympathique survenues chez des sujets à la suite d'une simple contusion sur le globe lui-même ou seulement sur le pourtour orbitaire. Ces faits ont été mis en doute par plusieurs auteurs pour qui il est difficile d'admettre une infection sans solution de continuité.

Les plaies du globe doivent venir en première ligne dans la production des affections sympathiques. Et parmi ces plaies, les blessures accidentelles tiennent la première place.

Il faut faire une distinction suivant que l'agent vulnérant est ou n'est pas inclus dans l'œil.

La présence d'un corps étranger est toujours une menace pour l'œil qui en est porteur et pour son congénère. Lorsqu'il s'agit de corps magnétiques, l'usage de l'électro-aimant, préconisé par Hirschberg et Haab, permet de les extraire assez facilement et sans trop de dommages pour l'œil. Dans d'autres cas, au contraire, lorsque la vision est bonne l'extraction peut être rendue impossible et il est préférable de s'abstenir. Ces corps étrangers peuvent agir de deux façons, par les microbes qu'ils peuvent entraîner et par les réactions chimiques, auxquelles ils peuvent donner lieu. Schirmer fait de l'infection la condition indispensable à la production des accidents sympathiques. Pour cet auteur les corps étrangers ne donneraient jamais d'ophtalmie sympa-

thique s'ils sont vraiment aseptiques. Cette affirmation est peut-être trop absolue et les travaux de Praun sur le cuivre semblent le démontrer.

Les anciens auteurs attachaient une grande importance à l'étude du siège de la blessure.

Les blessures du corps ciliaire ont longtemps été considérées comme les seules pouvant s'accompagner d'ophtalmie sympathique. On sait aujourd'hui que toutes les blessures en général peuvent jouer le même rôle.

La forme de la blessure est à considérer, car, lorsqu'il s'agit d'une solution de continuité nette, la cicatrisation peut se faire rapidement sans infection tandis que lorsque les bords de la plaie sont irréguliers, anfractueux, la cicatrisation peut être lente et permettre à l'infection de se produire.

Les plaies opératoires s'accompagnent très rarement d'ophtalmie sympathique depuis que les lois de l'antisepsie sont mieux observées et sont passées dans la pratique courante. On en a cité des observations au cours de la plupart des opérations, mais surtout des opérations de cataracte. On a incriminé les incisions cornéennes faites trop près du lymbe, la hernie de l'iris, ou du corps vitré. La cause réelle est dans tout ce qui peut favoriser l'infection et empêcher la cicatrisation.

Il nous faut faire au point de vue de l'étiologie de l'ophtalmie sympathique atténuée une place à part aux vieux moignons atrophiés. Notre maître, M. le professeur de Lapersonne, a attiré l'attention sur eux. Il a montré que, dans ces cas, il se produisait une véritable ossification de la choroïde. Voici une de ses observations que nous trou-

vons résumée dans la thèse de Grullon. Un forgeron reçoit une parcelle métallique dans un œil qui se perd complètement. Au bout de vingt ans (laps de temps pendant lequel il n'avait pas ressenti la moindre gêne) il vient à la clinique consulter, parce qu'il éprouve des troubles irritatifs (photophobie, larmolement, douleurs) dans l'œil sain. L'examen de celui-ci permet de constater sa parfaite intégrité. Du côté du moignon, on relève de la sensibilité à la pression, en même temps que l'on constate des masses dans son intérieur. Il s'agissait d'un moignon calcifié. L'énucléation, proposée et acceptée, montra, en effet, l'existence d'une coque, d'une véritable ossification de la choroïde renfermant dans son centre le corps étranger. Il y avait plus que de la transformation en tissu fibreux, infiltré de sels calcaires, on pouvait constater l'existence de véritable tissu osseux, caractérisé par de véritables ostéoblastes.

Galezowski, Abadie, Beurmann, Armaignac ont publié des observations d'ophtalmie sympathique survenues après un traumatisme ayant occasionné une ossification de la choroïde. Les troubles sympathiques peuvent apparaître très longtemps après le traumatisme primitif. On a incriminé dans certains cas le port d'un œil artificiel.

Nous sommes ainsi conduit à parler de l'époque de l'apparition des troubles sympathiques. En général, on les voit survenir de quatre à six semaines après l'accident.

L'intervalle le plus court observé avec toute certitude est de quatorze jours selon Schirmer (Thèse de Grullon). La limite extrême est impossible à fixer. On a rapporté des observations d'ophtalmie sympathique survenue trente-cinq ans (Grullon), quarante-deux ans (Weeks), cinquante-

quatre ans (Vignaud) après l'accident primitif. Dans ces cas il y a eu bien souvent des poussées inflammatoires nouvelles dans les vieux moignons. Ces poussées ne sont pas toujours douloureuses et, dans ces cas elles peuvent passer inaperçues.

Les affections non traumatiques sont très sujettes à caution. On a cité des cas d'irido-cyclite et d'irido-choroïdite spontanées s'accompagnant d'ophtalmie sympathique. La même cause qui a produit l'irido-cyclite d'un œil peut très bien produire l'irido-cyclite de l'autre, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la sympathie. Le glaucome sympathique n'existe pas.

Les tumeurs et principalement le sarcome de la choroïde, les cysticerques ont été accusés de produire des troubles sympathiques. Toujours dans ces cas on aurait constaté la présence d'une irido-cyclite exsudative concomitante (Grullon).

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Toutes les hypothèses ont été tour à tour invoquées pour expliquer la pathogénie de l'ophtalmie sympathique. Cette question a donné lieu à un nombre de travaux considérable et, aujourd'hui encore, pas une des théories qui ont été émises ne s'est imposée d'une façon définitive. D'ailleurs, ces théories n'ont fait que s'adapter à l'évolution qui s'est produite dans la pathologie générale.

Elles en ont suivi la marche, elles en ont marqué les différentes étapes. Aussi, si l'on voulait en avoir une idée exacte et complète, faudrait-il suivre l'ordre chronologique. Ce plan serait simple, mais il exposerait à des redites et demanderait un développement considérable hors de proportion avec le cadre de ce travail.

On peut, d'une façon très schématique, les ranger sous trois chefs principaux : action nerveuse, action microbienne, action toxique.

I. — ACTION NERVEUSE

La transmission de l'ophtalmie sympathique peut se faire par deux voies nerveuses: le nerf optique et les nerfs ciliaires. Aussi n'est-il pas étonnant de voir que l'une et l'autre voies aient été tour à tour invoquées pour expliquer les phénomènes sympathiques. Pour Mackenzie, Le Dran, Himly, la transmission de la maladie se fait par la voie optique. La maladie est causée par une « névrite propagée ».

Pour Tavignot il s'agit d'une excitation des nerfs ciliaires. L'ophtalmie sympathique « est une névralgie ciliaire développée par sympathie ».

Müller et Pagenstecher soutiennent la même théorie. Rondeau étudie les troubles vaso-moteurs. C'est par l'intermédiaire des nerfs ciliaires que ces troubles se produisent. Si l'irritation n'est pas trop violente et si elle ne dure pas trop longtemps les troubles sont purement fonctionnels.

Par contre « si l'irritation, dit Rondeau, est assez puissante, ou si la cause d'irritation persiste dans l'œil et donne lieu à un réflexe prolongé, les altérations, purement fonctionnelles au début, ne tarderont pas à devenir sérieusement organiques ». Mooren combine l'action des nerfs ciliaires, du nerf optique et du grand sympathique. L'excitation des nerfs ciliaires retentit sur le nerf optique et ensuite sur le grand sympathique.

Czerny pose les premières bases de la théorie de la

névrite ciliaire ascendante. Cette théorie est soutenue par le professeur Reclus dans sa thèse d'agrégation. Tout traumatisme des nerfs peut déterminer des lésions médullaires centrales. Ainsi cette névrite gagne le ganglion ophtalmique le ganglion de Gasser; et atteint enfin le noyau d'origine. L'irritation franchit le raphé du bulbe par les fibres commissurales et gagne le noyau d'origine du trijumeau correspondant. D'ascendante qu'elle était, elle devient descendante et dans l'œil, primitivement sain, on voit se dérouler le cortège habituel des troubles nutritifs. (Reclus).

Goldzicher, Kræuse, Berlin, Ayres publient de nombreuses observations où les examens anatomiques démontrent que les lésions siègent sur les nerfs ciliaires.

Cette théorie est encore défendue par Boucheron et Boé.

II. — ACTION MICROBIENNE

Les théories microbiennes sont très nombreuses. Elles commencent avec les travaux de Deutschmann et Leber et elles se poursuivent encore actuellement. Mais tandis que pour les uns l'ophtalmie sympathique n'est qu'une maladie locale, pour d'autres il s'agit d'une infection générale. Ces deux conceptions sont donc très différentes.

Pour Deutschmann les microbes pyogènes se propagent en suivant les nerfs optiques par les gaines et l'espace intra-vaginal. Pour Leber la propagation se fait par les vaisseaux lymphatiques. Dans l'un et dans l'autre cas l'ophtalmie sympathique n'est qu'une affection locale. Deutsch-

mann fait toute une série d'expériences pour appuyer la théorie migratrice de l'ophtalmie sympathique.

Motais a présenté à la Société française d'Ophtalmologie des préparations montrant des communications entre les veines des deux yeux, par l'arcade nasale, le sinus coronaire, le sinus occipital transverse. Ainsi ces anastomoses pourraient-elles expliquer la transmission de la maladie d'un œil à l'autre.

Pour Arnold, les germes infectieux répandus dans le système veineux arriveraient à l'oreille droite et, de là dans les veines orbitaires du côté opposé, à la suite d'un effort ou d'un accès de toux.

Cette théorie sert pour ainsi dire de transition entre les défenseurs de la théorie migratrice et ceux de la théorie métastatique.

Pour Berlin, Hutchinson et Snellen, les microbes pénétreraient dans le courant circulatoire. Ils seraient inoffensifs pour les autres organes, mais arrivés dans l'œil sain ils pourraient y produire une infection semblable à celle de l'œil sympathisant.

Meyer complète la théorie de Berlin. Il faut, pour que les microbes qui sont passés dans le sang se localisent sur l'œil sain et s'y développent, qu'il y ait un traumatisme. Ce traumatisme serait une irritation ciliaire partie de l'œil malade.

Enfin, Schmitz-Rimpler et Panas exposent leur théorie combinée. L'irritation ciliaire prépare le terrain à la prolifération des microbes. Les troubles vaso-moteurs réflexes ne produisent l'apparition des phénomènes sympathiques que chez les individus porteurs d'un foyer infectieux.

« Le traumatisme opératoire, dit le professeur Panas, a développé sur l'œil devenu la proie de l'ophtalmie sympathique, une réceptivité morbide le prédisposant à s'enflammer, et cela par irritation des nerfs ciliaires coupés : il suffit alors que des microbes ou des toxines contenus dans le sang, et provenant d'un foyer qu'il reste à déterminer pénétrant par la voie des vaisseaux dans l'œil pour y développer une irido-cyclite comparable à celle qui résulte de l'infection syphilitique, rhumatismale, goutteuse, etc. »

La théorie combinée de Schmidt-Rimpler a été exposée en détail et soutenue dans la thèse de Grullon.

Pour Rœmer et Ræhlmann l'ophtalmie sympathique serait due à un microbe spécifique.

Nous savons qu'il existe des microbes qui n'exercent une action spéciale que sur certains tissus. Schirmer et, plus tard, Rœmer avaient conclu de leurs expériences qu'il devait y avoir des micro-organismes invisibles dont l'action déterminait la maladie sympathique.

Le professeur Ræhlmann, de Weimar, est arrivé à voir ces agents supposés, et il les décrit grâce à la méthode de l'ultra-microscope. Il est ainsi parvenu à reconnaître l'existence de micro-organismes vivants dans l'intérieur d'un œil sympathisant huit semaines après le traumatisme.

Il a pu distinguer cinq éléments différents : des bactéries très nombreuses en bâtonnets, des cellules rondes, doubles qui représenteraient les formes juvéniles des premières et d'autres éléments qui en seraient peut-être les spores.

Les formes jeunes et les spores sont si petites qu'elles peuvent passer à travers les parois des vaisseaux dans

le courant sanguin. Maintenant comment expliquer la localisation de ces éléments dans l'autre œil ? Pour le professeur Ræhlmann, le corps vitré, très aqueux et pauvre en albumine, se trouve être un terrain nourricier excellent le meilleur dans tout le corps. Alors les formes jeunes arrivant dans le corps vitré du second œil s'y développent et donnent lieu aux troubles sympathiques.

Du vitré l'infection peut s'étendre à l'uvée, à la papille, au nerf optique.

ACTION TOXIQUE

Les théories microbiennes admettent que l'ophtalmie sympathique est due à l'action directe des microbes sur l'œil sympathisé. Pour les défenseurs de la théorie toxique ce ne sont plus les microbes eux mêmes qui produisent les troubles de l'œil sympathisé, mais leurs toxines. Pour Bellarminoff et Selenkowsky à la suite d'une plaie du globe il y a infection de l'œil traumatisé par des microbes qui y élaborent des toxines. Ce sont ces toxines qui vont aller provoquer des troubles sympathiques dans l'autre œil. La voie suivie serait les espaces lymphatiques du nerf optique.

Ces auteurs ont pratiqué un certain nombre d'expériences. Ils ont commencé par injecter de la staphylo-toxine dans les gaines du nerf optique, et ils ont vu survenir de la papillite et de la cyclite dans l'œil près duquel avait été faite l'injection et aussi, dans certains cas, ils ont pu provoquer des lésions semblables dans l'autre œil. Dans un second ordre d'expériences ils ont fait leurs injections dans

la partie postérieure du vitré et ils sont arrivés à provoquer des lésions sympathiques.

Ils ont remarqué encore que lorsqu'ils faisaient une injection d'une trop grande quantité de toxine ou que, pour toute autre raison, il se faisait dans l'œil traumatisé une réaction inflammatoire violente les communications s'oblitéraient et il ne se produisait pas d'ophtalmie sympathique.

Cette théorie permettrait d'expliquer tous les cas. Il n'y a pas d'ophtalmie sympathique dans la panophtalmie parce que l'inflammation est trop forte, l'évolution trop rapide.

La toxine partie de l'œil sympathisant arrive au pôle postérieur de l'œil sympathisé et, là, elle peut suivre deux voies : gagner la papille par les lacunes lymphatiques interfasciculaires, gagner le segment antérieur à travers les mailles de la supra-choroïde.

Pour Golovine, d'Odessa, il ne s'agirait plus de toxines microbiennes, mais d'une cyto-toxine particulière qu'il appelle la cyclo-toxine. L'idée d'une cyto-toxine avait déjà été émise en 1903 dans les *Archives of Ophthalmology* par Brown-Pusey. Cet auteur, à la suite de l'expérience de Castaigne et Rathery (ligature d'un pédicule rénal suivie d'altérations dégénératives dans l'autre rein), avait entrepris toute une série d'expériences pour rechercher si l'on ne pourrait pas expliquer la pathogénie de l'ophtalmie sympathique par la présence d'une cyto-toxine. Les expériences de Brown-Pusey ne donnèrent pas de résultat.

Le professeur Golovine a repris la question et il a exposé dans les *Archives d'Ophthalmologie* de 1905 les résultats de ses recherches. Il a fait dans la cavité péritonéale des lapins

des injections d'émulsion de corps ciliaire et d'iris de chien. Avec le sérum des lapins il s'est livré à deux sortes d'expériences sur des chiens. A certains chiens il a fait une injection de sérum dans l'œil. A d'autres une injection dans le courant circulatoire. Chez les uns comme chez les autres il a toujours trouvé à l'examen microscopique des lésions localisées exclusivement au corps ciliaire. Ces lésions étaient plus marquées lorsque l'injection de sérum avait été faite directement dans l'œil.

« Ainsi, dit le professeur Golovine, en me basant sur des expériences personnelles, je puis affirmer que l'organisme animal est capable d'élaborer et de contenir dans son sérum une cyto-toxine spécifique pour l'épithélium non pigmentaire du corps ciliaire. Je me permettrai d'appeler cette cyto-toxine cyclo-toxine. »

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Il est difficile de donner un tableau général exact des différentes variétés que peuvent revêtir les formes atténuées de l'ophtalmie sympathique. En effet, le propre de ces formes est la très grande variabilité de leur symptomatologie. Aussi, il est bien évident que la description que l'on peut en donner est un peu schématique et forcément incomplète. Ici nous nous attacherons seulement aux formes les plus communes les plus généralement admises laissant de côté celles dont la nature sympathique est encore discutée et que nous ne ferons que citer.

On divise généralement les troubles sympathiques en deux groupes bien tranchés : troubles irritatifs et troubles sympathiques inflammatoires. Les premiers ne seraient pas de nature infectieuse, les seconds seraient de nature infectieuse. Pour les uns les troubles irritatifs précéderaient les troubles inflammatoires. Pour Terrien, Grullon les troubles irritatifs peuvent se prolonger pendant très longtemps, atteindre une acuité considérable (forme irritative

grave de Donders) sans aboutir à l'ophtalmie sympathique.

I. — Troubles irritatifs

Les troubles irritatifs sont essentiellement caractérisés par des douleurs, de la photophobie et du larmolement et de l'injection conjonctivale.

Les douleurs sont généralement très violentes. Le début peut en être très brusque. Elles peuvent atteindre d'emblée toute leur acuité. Le malade les localise tantôt dans l'œil, tantôt au niveau du pourtour orbitaire. Ce sont de véritables névralgies avec irradiation en des points plus ou moins éloignés. Il peut y avoir un retentissement de la douleur dans le domaine du nerf maxillaire supérieur.

Les influences les plus diverses peuvent produire une exacerbation de la douleur. Le fait d'approcher une lumière du malade, un rayon de soleil suffisent à faire réapparaître la douleur qui s'était calmée.

La photophobie peut être très intense. Non seulement le malade ne peut pas regarder la lumière, mais l'œil est toujours fermé. Un bandeau noir ne suffit pas pour le protéger du jour il lui faut une obscurité complète. Là seulement il peut goûter un peu de repos.

Il y a souvent un larmolement considérable. Pendant l'examen de l'œil qui est rendu très difficile par la photobie et qui ne peut être pratiqué qu'après des instillations répétées de cocaïne, on voit des larmes abondantes couler sur les joues du malade.

L'injection conjonctivale est habituelle. L'œil peut être

très rouge, mais, si on l'examine de près, on se rend facilement compte que ce sont presque exclusivement les vaisseaux superficiels de la conjonctive qui sont atteints.

Ces symptômes peuvent paraître inquiétants, mais si, l'on examine attentivement l'œil, on ne constate aucun trouble des milieux, rien sur la cornée, sur l'iris ; la pupille réagit bien ; l'examen ophtalmoscopique ne décèle aucune lésion du fond de l'œil.

Dans d'autres cas les phénomènes que nous venons de décrire peuvent s'accompagner d'asthénopie accommodative, ou d'amblyopie, mais l'une et l'autre peuvent exister seules.

Le sujet éprouve de la difficulté pour faire un travail prolongé. Au bout d'un temps qui varie d'un sujet à l'autre et chez le même sujet d'un jour à l'autre le malade éprouve de la fatigue. Sa vue se brouille ; il est obligé de s'arrêter. Mais il peut reprendre son travail quelques minutes après. Enfin il peut y avoir une diminution rapide de l'acuité visuelle, quelquefois une amaurose subite. Cette diminution de la vision impressionne le malade qui, s'il a perdu l'œil, est hanté par le spectre de la cécité. Mooren et d'autres auteurs ont signalé un rétrécissement concentrique du champ visuel. On a parlé de troubles dans la perception des couleurs.

Tels sont les troubles irritatifs. Ils sont extrêmement variables en intensité suivant les sujets. Doit-on leur conserver leur place dans le cadre des phénomènes sympathiques ou bien, au contraire, doit-on les faire rentrer dans la grande classe des manifestations hystériques ? Morax n'hésite pas à les ranger dans cette seconde catégo-

ric. En effet, dans un certain nombre de cas on trouve chez les malades des stigmates de névrose évidents. La loi de 1898 sur les accidents du travail nous a habitués à l'étude de ces cas d'hystéro-traumatisme. Ces malades doivent être examinés avec le plus grand soin, car il ne faudrait pas confondre une amblyopie irritative ou hystérique avec une amblyopie causée par une lésion de la papille ou de la choroïde. Bien souvent au début des accidents les troubles du vitré sont très peu apparents, les lésions de la papille doivent être à peine marquées. En général on est frappé par la disproportion qui existe entre les troubles fonctionnels et les symptômes ophtalmoscopiques. Néanmoins ces malades ont besoin d'être suivis de très près. Il ne faut accepter les formes irritatives qu'en faisant des réserves. Elles constitueraient les manifestations les plus bénignes de l'ophtalmie sympathique.

II. — Phénomènes Sympathiques

Ce qui caractérise les formes atténuées, malgré l'extrême variabilité de leurs manifestations, c'est la localisation plus ou moins nette des lésions à un segment de l'œil ou à une portion de segment, iris, corps ciliaire, choroïde ou papille. Plus tard l'infection peut s'étendre mais c'est une complication. Primitivement l'infection est localisée ; elle reste cantonnée dans un certain territoire et elle peut disparaître sans laisser beaucoup de trouble pour la fonction de l'organe. Sans doute cette localisation n'est pas bien exacte au point de vue anatomique. Dans les rares cas d'au-

topsies pratiquées sur des sujets porteurs d'une iritis séreuse ou d'une choroïdite simple on a trouvé une infiltration leucocytaire généralisée à l'uvée indiquant ainsi la participation de cette membrane tout entière au processus inflammatoire, alors qu'avec les moyens de diagnostic usuels on n'avait pu déceler qu'une iritis ou une choroïde. En réalité peu importe cette dissémination, plus ou moins grande des lésions, anatomiques, ce qui est intéressant c'est que tout se passe au point de vue clinique comme s'il y avait limitation. Nous étudierons donc les troubles sympathiques au niveau du segment antérieur et au niveau du segment postérieur.

Avant de passer à cette étude, qui sera l'étude de l'œil sympathisé, il nous faut bien dire quelques mots de l'œil sympathisant. L'œil sympathisé, dit-on, reproduit les lésions de l'œil sympathisant, il serait donc intéressant d'avoir un tableau comparatif des deux, mais si, dans les formes graves le même médecin assiste au développement de l'irido-cyclite de l'œil traumatisé et ensuite de l'irido-cyclite sympathique, il n'en est pas de même dans les formes atténuées ou quelquefois l'iritis sympathique se déclare des années après le traumatisme. Alors on se trouve en présence d'un œil atrophié ou quelquefois d'un simple moignon longtemps silencieux et qui, subitement, sous l'influence de causes qu'il est impossible de préciser la plupart du temps, devient dangereux pour l'autre œil. Bien souvent la vue s'est perdue peu à peu insensiblement, à l'insu du malade ou de son entourage, si c'est un jeune enfant.

On a consulté un médecin au moment de l'accident. Puis dès que la plaie de l'œil a été fermée on ne s'est plus

inquiétude de rien. L'acuité visuelle a été diminuée, mais le malade a pris l'habitude de ne se servir que d'un œil lorsque l'autre était couvert d'un pansement. Il ne s'apercevra donc pas trop de son infirmité. Il ne souffre plus de son œil malade. Néanmoins cet œil n'est pas guéri, il se fait peu à peu, sans douleur, sans irritation, sans aucun phénomène inflammatoire important, un travail lent d'irido-cyclite chronique qui aboutit à la phtisie du globe, d'abord au ramollissement, puis à l'atrophie.

Ainsi donc un fait semble bien établi et qui ressort d'un certain nombre d'observations, c'est le peu d'intensité des phénomènes inflammatoires dans l'œil sympathisant.

Cependant cet œil sympathisant, qui n'a jamais été douloureux dans certains cas, peut, dans certaines circonstances, être le siège d'une nouvelle poussée inflammatoire qui se manifestera à nous par deux symptômes principaux : Douleur et rougeur.

La douleur au niveau de l'œil sympathisant est un signe d'une importance considérable et qui a été bien étudié par de Græfe le premier. Presque toujours l'ophtalmie sympathique est précédée d'un retour des douleurs dans l'œil sympathisant. Ces douleurs sont en général peu vives. Il peut ne pas exister de douleur spontanée, mais seulement une douleur et quelquefois une simple sensibilité à la pression. Le symptôme rougeur est encore plus inconstant et plus infidèle. Tantôt l'œil sympathisant est rouge un jour ou deux et tout disparaît sous l'influence d'un traitement approprié ou même sans traitement. Tantôt la rougeur apparaît et disparaît plusieurs fois dans la même journée. Tantôt enfin il n'est pas rouge du tout.

Ces poussées inflammatoires, précédant de quelques jours ou de quelques semaines les accidents sympathiques, ont une grande importance pour établir le diagnostic. Cependant, douleur et rougeur peuvent manquer et les observations d'ophtalmie sympathique sont nombreuses dans lesquelles ces deux signes sont absents. « A quoi attribuer cette absence ? D'abord au peu d'intensité du travail inflammatoire et, ensuite, en ce qui se rapporte à l'œil sympathisant au décollement du corps ciliaire. Dans ces conditions la pression qu'on exerce sur la sclérotique ne se transmet pas jusqu'à lui. » (Thèse de Grullon.)

I — SEGMENT ANTÉRIEUR

C'est au niveau du segment antérieur que l'on rencontre les manifestations les plus caractéristiques de l'ophtalmie sympathique. Elles se présentent sous deux formes principales, iritis séreuse, irido-cyclite plastique. La kératite sympathique mérite une place à part parmi les manifestations anormales mais, elle vient bien loin comme fréquence après l'iritis séreuse et l'irido-cyclite plastique. On a rapporté des observations de conjonctivite, de sclérite sympathiques. Mais il est bien probable qu'il s'agissait d'une simple coïncidence. La cataracte sympathique n'existe pas comme affection isolée. Elle est consécutive à d'autres troubles des membranes de l'œil.

Le glaucome sympathique ne peut pas être admis.

La même cause qui a produit le glaucome d'un œil peut toujours produire le glaucome du second.

Cependant au cours d'une irido-cyclite sympathique on peut observer des phénomènes d'hypertension, mais dans ce cas l'hypertension est due à l'irido-cyclite.

1^o IRITIS SÉREUSE

L'iritis séreuse est la manifestation la plus simple de l'ophtalmie sympathique. Elle constitue le type des formes atténuées. Les auteurs ne sont pas d'accord sur sa fréquence. Rare pour les uns (Mooren, Laqueur, Dupuy-Dutemps, A. Terson, Sulzer, etc.), elle aurait été rencontrée assez souvent par d'autres (Donders, de Græfe, Pagenstecher). En réalité elle n'est peut-être pas aussi rare qu'on le croit généralement. Sa prétendue rareté peut tenir à plusieurs causes ; la principale est, sans doute que nous ne voyons guère ces cas lorsqu'ils se produisent. En effet, souvent il n'y a pas de symptômes fonctionnels bien importants : le malade ne souffre pas, il se plaint un peu de voir trouble, les objets sont vu moins distinctement surtout à un éclairage moins vif, l'œil n'est pas rouge ou si peu ; ce sont là des symptômes peu inquiétants pour un malade. Alors deux cas peuvent se présenter : ou bien il ne survient aucune complication et tout disparaît en quelques jours sans laisser même de souvenir au malade, ou bien l'œil devient un peu plus rouge, il y a quelques picotements et tout de suite le malade court chez le pharmacien. Celui-ci donnera un collyre inoffensif et la guérison naturelle pourra être obtenue en quelques jours. « Fréquemment, dit Fuchs, les cas légers d'iritis ne sont pas reconnus par les médecins peu expérimentés et sont pris pour un catarrhe

à cause de l'injection du globe qui les accompagne. Le traitement qu'ils appliquent, tels que la cautérisation au nitrate d'argent ou l'instillation de collyres irritants, ne fait généralement qu'augmenter l'iritis. » Alors seulement le malade s'adresse au spécialiste qui lui constate une irido-cyclite plastique d'emblée ou une irido-choroïdite et cependant l'inflammation grave aura été précédée d'une inflammation légère qui, si elle avait été soignée à temps ou bien soignée, aurait pu guérir sans laisser de trouble fonctionnel dans l'organe. Dans bon nombre d'observations on trouve relaté ce fait que les malades ont eu, avant le début de l'accident sympathique proprement dit, des troubles passagers de la vue. Ces troubles pourraient bien être la résultante non pas d'une simple irritation réflexe, mais d'une inflammation bénigne.

Quoi qu'il en soit de sa plus ou moins grande fréquence l'existence de l'iritis séreuse sympathique n'en est pas moins bien établie aujourd'hui, soit qu'elle existe seule, soit qu'elle précède l'irido-cyclite plastique grave.

Le début est variable. Tantôt elle est précédée de symptômes prodromiques d'origine réflexe tels que douleur, photophobie, mais le plus souvent elle est insidieuse dans son début.

Les troubles de la vue sont les seuls symptômes dont le malade ait à se plaindre. Ce sont eux qui le décident à venir consulter, surtout s'il a été prévenu des dangers d'une ophtalmie sympathique.

Tel malade est gêné pour la vision éloignée ; tel autre pour la vision rapprochée ; un autre se déclare incapable de faire un travail prolongé, sa vue se brouille, celui-ci a

un peu de photophobie ; pour celui-là, au contraire, les objets semblent voilés surtout à l'éclairage moins vif. Déjà l'acuité visuelle est plus ou moins diminuée. Elle n'est plus que de 0,7, 0,6, 0,5, quelquefois moins.

Cette diminution de l'acuité visuelle, ces troubles de la vue doivent attirer l'attention du médecin et lui faire pratiquer un examen objectif de l'œil très attentif.

Le premier signe que l'on constate, celui qui est le plus facile à voir lorsqu'il existe, c'est l'injection périkeratique. Tantôt elle est assez vive, ce qui est rare, le plus souvent elle est à peine perceptible, enfin l'œil peut être absolument blanc.

A la pression on fait éprouver au malade rarement une légère douleur, mais plutôt un peu de sensibilité. La tension oculaire est légèrement augmentée.

A l'éclairage oblique on aperçoit un pointillé plus ou moins fin sur la membrane de Descemet. La constatation de ce signe a une grande importance car c'est certainement l'un des plus constants. Il indique la nature nettement infectieuse et inflammatoire de l'affection. Il est très précoce montrant ainsi que l'altération de l'endothélium de la membrane de Descemet est l'un des premiers phénomènes de l'iritis sympathique. Ces petits dépôts sur la face postérieure de la cornée présentent une disposition assez particulière.

Ils ne dépassent guère la grosseur d'une tête d'épingle. S'ils sont volumineux on les trouve disposés en petit nombre et sans ordre sur la cornée, mais s'ils sont fins ils sont surtout abondants à la partie inférieure de la cornée, où ils occupent une aire triangulaire à base inférieure et à

sommet dirigé vers le centre de la cornée. Si ces petits amas sont en nombre plus considérable, ils peuvent envahir toute la face postérieure de la cornée et même la face antérieure de l'iris où on les distingue facilement sous la forme de petites stries plus foncées sur le fond plus clair de l'iris.

L'humeur aqueuse est forcément moins limpide, mais elle est rarement louche. La chambre antérieure est plus profonde.

La pupille est légèrement dilatée. Elle est paresseuse. Elle réagit mal ou faiblement à la lumière. Il y a un retard dans la contraction ou la dilatation.

Il n'y a pas de décoloration de l'iris à proprement parler, mais il semble qu'il ait perdu son aspect poli et brillant. Sa surface est terne et les dessins en sont effacés.

Telle est la forme typique de l'iritis séreuse. Il n'y a pas de synéchies, pas d'exsudats dans le champ pupillaire. Ce qui caractérise l'iritis séreuse sympathique c'est le peu d'intensité des symptômes. Elle ne s'impose pas à l'attention du malade ou à l'examen clinique du médecin comme une iritis rhumatismale ou une iritis syphilitique. Elle a besoin d'être recherchée, d'être dépistée.

Le tableau que nous venons d'esquisser représente l'ensemble des symptômes dont elle peut se parer, mais ce tableau est rarement complet et c'est seulement par quelques signes à peine marqués qu'elle peut se manifester.

OBSERVATION I

(Observation personnelle recueillie dans le service de M. le professeur de Lapersonne à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.)

Iritis séreuse sympathique

C. M..., cinquante-deux ans, domestique.

On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels la malade a eu la rougeole à treize ans, et depuis elle n'a jamais été malade. Elle n'a eu ni syphilis, ni rhumatisme ni aucune autre maladie générale.

Elle est venue à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre 1900 pour cataracte de l'œil droit. Opérée le 13 octobre. Panophtalmie. Enucléation de l'œil droit le 30 octobre 1900. Sortie le 10 décembre bien guérie.

Elle est venue de nouveau en septembre 1903. Conjonctivite du moignon. Bourgeons dans le cul-de-sac conjonctival entraînant une gêne dans le port de l'œil artificiel.

La malade revient le 13 juillet 1906. Elle raconte qu'il y a un mois environ le moignon de l'œil droit a été un peu sensible pendant quelques jours, puis tout est rentré dans l'ordre. Mais depuis quelques jours elle trouve que sa vue baisse pour l'œil gauche.

Du côté droit la cavité orbitaire, à la suite de l'énucléation du globe oculaire, ne présente aucune trace d'irritation, pas de conjonctivite, pas de douleurs à la pression.

Du côté gauche on constate une légère injection périkeratique. Pas de douleur spontanée, pas de douleur à la pression.

La pupille réagit paresseusement. L'iris semble un peu terne. L'ophtalmomètre de Javal indique un astigmatisme de $+ 2$ dioptries contraire à la règle. L'acuité visuelle est :

V = 0,5 avec cyl. — 1,50 à 105 degrés.

On instille de l'atropine.

15 juillet. — La pupille est un peu dilatée, mais irrégulièrement. A l'examen de l'œil par l'éclairage latéral on aperçoit dans le champ pupillaire des opacités blanchâtres linéaires et punctiformes. Le fond de l'œil est normal, mais les vaisseaux choroïdiens sont un peu voilés. Le champ visuel est normal.

Les jours suivants la malade revient régulièrement tous les jours à la consultation. L'état de l'œil reste stationnaire.

26 juillet 1906. — Un peu de larmoiement et d'injection péri-kératique, pas de douleurs. La pupille est à peu près dilatée.

V. 0,3 avec cyl. — 1,50 à 105 degrés.

1^{er} août. — La pupille est complètement dilatée. La rougeur diminue.

Puis peu à peu l'acuité visuelle remonte.

5 septembre 1906. — La malade revient. Elle dit qu'elle voit aussi bien qu'avant.

V. 0,6 avec cyl. — 1,50 à 105 degrés.

Comment interpréter les accidents qui se sont déroulés chez notre malade ? S'agit-il d'une ophtalmie sympathique ou d'une iritis banale de cause indéterminée ? Sans doute, nous ne trouvons chez la malade aucun facteur étiologique pouvant expliquer l'iritis. Ni rhumatismes, ni syphilis, ni aucune autre maladie générale. La malade

n'est plus réglée depuis longtemps et par conséquent il ne peut pas être question de rattacher son iritis à des troubles plus ou moins vagues de la ménopause. Mais cette absence d'antécédents pathologiques ne suffirait pas à nous faire porter le diagnostic d'ophtalmie sympathique si nous ne trouvions dans l'état de l'œil sympathisant une raison suffisante pour l'appuyer. Déjà en 1903, elle avait eu une conjonctivite du moignon avec production de bourgeons dans le cul-de-sac conjonctival.

En 1906, au mois de juin, le moignon de l'œil droit a été sensible pendant quelques jours probablement grâce à l'irritation causée par le port d'un œil artificiel. L'iritis séreuse de l'œil gauche étant apparue un mois environ après, il nous semble naturel de la cataloguer parmi les manifestations sympathiques.

Voici une autre observation, c'est celle d'un malade présenté à la Société d'Ophtalmologie par M. Sulzer.

Nous croyons intéressant de la reproduire ici en la faisant suivre de l'argumentation de l'auteur et des observations de MM. Dupuy-Dutemps et A. Terson.

OBSERVATION II

(M. Sulzer. — Société d'Ophtalmologie de Paris.)

Ophtalmie sympathique trente-sept ans après le traumatisme

D. L..., âgé de quarante ans, garçon de magasin, s'est présenté à notre consultation de la fondation ophtalmologique A. de Rothschild pour la première fois le 12 décembre 1906 pour une inflammation de l'œil droit datant de six jours.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de rhumatisme, pas de syphilis, ni de tuberculose.

Accidents oculaires. — A reçu à l'âge de trois ans un coup de ciseaux dans l'œil gauche. Une atrophie du globe fut la conséquence de ce traumatisme. Le moignon ne fut jamais douloureux, ni spontanément, ni à la pression. Le 6 décembre 1906, c'est-à-dire trente-sept ans après le traumatisme, l'œil droit devient rouge, larmoie et se voile; le malade se plaint d'avoir de violentes douleurs oculaires et péri-orbitaires, et de voir des étincelles.

12 décembre 1906 (premier examen) — Œil gauche: Le globe est réduit de moitié. Il semble contenir des corps calcaires, mais il n'est le siège d'aucune inflammation apparente, ni de douleur, soit provoquée, soit spontanée.

Œil droit: Signes d'une iritis; précipités sur la face postérieure de la cornée, le corps vitré est le siège d'un trouble diffus. Œil droit: V. = 5 gr.

Atropine, onguent belladonné, quinine.

13 décembre. — V. = 1 gr. Injections sous-conjonctivales d'oxycyanure d'hydrargyre.

14 décembre. — Œil droit: V. = 1 à 2 gr.

15 décembre. — Injection périkeratique intense. La pupille s'est rétrécie, l'humeur aqueuse est louche, l'iris très fortement vascularisé, corps vitré très trouble. Le moignon gauche est toujours insensible à la pression.

18 décembre. — Œil droit. La pupille est dilatée mais irrégulièrement. Le trouble des milieux s'accroît. V. = compte les doigts à 2 m. 50. Injection sous-conjonctivale d'oxycyanure.

19 décembre. — Les milieux s'éclaircissent. Œil droit :
V. = compte les doigts à 3 m. 50.

20 décembre. — Pupille dilatée.

24 décembre. — Douleur péri-orbitaire du côté droit (œil sympathisé), globe gauche moins insensible à la pression. Œil droit : V. = 1 gr.

26 décembre. — Le corps vitré s'éclaircit. Œil droit :
V. = 3 gr.

27 décembre. — L'iris est encore fortement vascularisé.
V. = 5 gr.

28 décembre. — V. = 4 gr. Injection sous-conjonctivale
d'oxycyanure d'hydrargyre.

29 décembre. — V. = 5 gr.

31 décembre. — L'œil droit commence à blanchir. Œil droit :
V. = 6 gr. A l'examen ophtalmoscopique les membranes profondes paraissent normales.

« L'ophtalmie sympathique ne présente pas par elle-même des symptômes tranchés qui la caractérisent comme telle. Nous voyons en dehors de tout traumatisme apparaître des uvéites chroniques ou aiguës atrophiantes qui constituent, au point de vue anatomique, l'ophtalmie sympathique. Elle se rattachent à des infections générales et sont rares. L'observation communiquée se distingue de la grande majorité des ophtalmies sympathiques par sa courte durée, le rétablissement de la vision et l'absence de douleurs. Dans l'absence de toute autre cause apparente nous sommes obligés d'attribuer l'uvéite de l'œil droit à la présence du globe atrophié gauche. Les moignons à coque osseuse sont, du reste, particulièrement dangereux en ce qui concerne la production de l'ophtalmie sympathique. Pendant long-

temps on considérait l'élément douleurs comme indispensable à la production de l'ophtalmie sympathique. Cette conception semble plutôt être une émanation d'une théorie, qu'une loi conforme aux observations. Après avoir institué la théorie de l'action nerveuse localisée dans les nerfs ciliaires, on fit des douleurs ciliaires la condition *sine qua non* de l'ophtalmie sympathique imminente ou constituée. Quand il s'agissait de savoir si un globe atrophié était à conserver ou à énucléer, l'existence des douleurs ciliaires spontanées ou consécutives à la pression était un élément souvent décisif. Aujourd'hui les observations d'ophtalmie sympathique survenue en l'absence de toute douleur existent incontestées et incontestables. Suit une autre observation. Puis l'auteur continue : « Pour revenir à notre première observation qui fait l'objet de cette présentation, nous croyons pouvoir ranger les accidents survenus à l'œil droit de D... dans la classe des ophtalmies sympathiques. Cette affection a été provoquée par un globe indolore atrophié depuis trente-sept ans. Il va de soi que l'œil atrophié sera énucléé. Quels que puissent être les avantages que présente un globe atrophié par rapport à un orbite vide, ces avantages ne doivent pas être rachetés par une menace pour l'œil congénère. La question de savoir si l'on doit procéder à l'énucléation dans un cas donné sera souvent difficile à résoudre. Mais une série de faits, récemment publiés, montrent nettement que les « énucléateurs » n'ont pas tort si souvent que de Wecker l'a prétendu dans le temps. Tout globe atrophié, même indolore, peut devenir dangereux à un moment donné. Le fait même de l'atrophie indique l'existence antérieure d'une irido-cyclite

et toute irido-cyclite peut donner lieu tôt ou tard à l'ophtalmie sympathique.

M. DUPUY-DUTEMPS. — Le diagnostic d'ophtalmie sympathique dans le cas qui nous est présenté par M. Sulzer me paraît comporter tout au moins quelques réserves. Pour se résoudre à accepter ce diagnostic d'exception, il faudrait qu'il s'imposât nettement, soit par un signe pathognomonique non douteux, soit par l'ensemble des symptômes et l'évolution.

Or il n'en est rien. Il n'existe ni les synéchies étendues, ni les exsudats pupillaires, ni l'altération profonde du stroma irien des irido-choroïdites sympathiques communes. L'affection a évolué avec une bénignité qu'on n'observe guère malheureusement en pareil cas, puisque, aujourd'hui, après quelques semaines d'un traitement purement médical, elle est en plein déclin, presque guérie. Il faudrait donc admettre qu'on a affaire à une forme exceptionnelle d'ophtalmie sympathique particulièrement anormale dans son allure et sa gravité.

Si l'amélioration était survenue à la suite de l'énucléation de l'œil traumatisé, on aurait pu toutefois en tirer argument en faveur de la nature sympathique de l'affection ; mais, au contraire, la guérison se poursuit ici rapidement sans que l'énucléation ait été pratiquée.

Le fait, si banal, qu'on ne trouve pas dans les antécédents les éléments étiologiques de l'irido-choroïdite actuelle ne suffit certainement pas pour en attribuer la cause à l'influence sympathique d'un œil blessé il y a trente-sept ans, indolore et non enflammé. Rien ne permet donc d'affirmer le diagnostic d'ophtalmie sympathique.

Il est plus probable qu'il s'agit ici simplement d'une de ces irido-choroïdites communes dont l'origine reste inconnue, comme on en rencontre si fréquemment, légères ou graves, dans la pratique journalière.

L'existence d'un petit foyer de choroïdite, nettement limité et bien visible à travers les milieux aujourd'hui éclaircis, semble d'ailleurs indiquer que cet œil a déjà été atteint d'une inflammation discrète et bénigne du tractus uvéal dont l'affection actuelle pourrait être une récurrence plus étendue et plus accusée.

M. A. TERSON. — Il faut être très réservé dans l'interprétation de l'origine sympathique très tardive. J'ai vu plusieurs fois des irido-cyclites intenses survenir sur l'œil restant plusieurs années après l'énucléation d'un œil traumatisé. Il n'est point certain qu'il s'agit alors de sympathie. Quoique l'accouplement de ces termes jure quelque peu, il existe des ophtalmies sympathiques bénignes qui se réduisent à une poussée curable d'iritis. On doit diviser les ophtalmies sympathiques en trois classes : les bénignes, très rares, qui guérissent avec un traitement mercuriel et l'atropine, même sans énucléation ; les moyennes qui guérissent parfois, comme j'en ai rapporté des cas, par l'énucléation et le mercure ; les graves, les plus fréquentes, qui résistent à tout.

M. SULZER. — Les ophtalmies sympathiques bénignes sont très rares, mais bien établies. Il est également bien établi que l'énucléation faite au cours d'une ophtalmie sympathique reste le plus souvent sans effet. »

Assez souvent cette forme de sympathie s'associe à une papillo-rétinite légère. Dans ces cas l'inflammation semble,

après avoir envahi l'uvée tout entière et le nerf optique, se cantonner à ses deux extrémités, l'iris et la papille.

OBSERVATION III

(Observation personnelle recueillie dans le service de M. le professeur de Lapersonne à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu).

Irido-cyclite séreuse et névrite optique d'origine sympathique

L... L..., vingt-huit ans, contremaître dans une exploitation agricole. Les antécédents héréditaires et personnels du malade ne présentent rien de spécial à noter. Pas de syphilis, ni aucune autre maladie antérieure.

10 novembre 1905. — Le malade a reçu un coup de branche sur l'œil droit. Il est venu consulter à la clinique Panas le 20 mai 1906. On constate une luxation du cristallin dans la chambre antérieure du côté droit.

29 mai. — Extraction du cristallin de l'œil droit. Perte du vitré, hémorragie expulsive une demi-heure après l'intervention.

31 mai. — Incision des membranes procidentes et cautérisation au thermocautère.

25 juin. — La cicatrisation est complète.

3 juillet. — Alors que le malade était encore salle Saint-Julien il s'aperçoit que son œil gauche lui fait un peu mal. On note un peu de photophobie et une légère injection conjonctivale. La pupille réagit bien ; l'œil droit n'est pas douloureux.

5 juillet. — L...quitte l'hôpital.

6 juillet. — Il revient, on constate une injection périkeratique très légère de l'œil gauche. A l'examen à la lampe on voit que la pupille réagit très bien. Il n'y a pas de photophobie. La papille paraît un peu rouge.

8 juillet. — La vue de l'œil droit est très trouble. Il peut à peine voir l'heure sur sa montre.

9 juillet. — Le malade vient de nouveau à la consultation où il est présenté à M. le professeur de Lapersonne qui constate une iritis de l'œil gauche.

On met une goutte d'atropine, la pupille se dilate bien.

La papille paraît un peu rouge. Le malade ne souffre pas. Il n'y a pas de douleur à la pression, mais un peu d'injection périkeratique. L'acuité visuelle de cet œil est de 0,3. L'œil droit n'est pas douloureux.

Le malade entre de nouveau salle Saint-Julien. M. le professeur de Lapersonne prescrit deux gouttes de cocaïne et deux gouttes d'atropine six fois par jour dans l'œil gauche, des applications de pommade au collargol autour de l'œil et des frictions à l'onguent napolitain dans les jointures.

29 juillet. — On note sur la fiche du malade : Irido-cyclite séreuse et névrite optique de l'œil gauche. Ce même jour on pratique l'énucléation de l'œil droit.

Pendant le mois d'août il y a une légère amélioration de l'œil gauche.

1^{er} septembre. — L'œil est de nouveau plus injecté. Le malade souffre la nuit.

2 septembre. — On lui met deux sangsues à la tempe.

4 septembre. — Le malade ne souffre plus.

8 septembre. — L'acuité de l'œil gauche est de 0,2.

17 septembre. — On note :

V. = 0,4 (Dilatation pupillaire par l'atropine).

V. = 0,7 (à travers pupille métallique).

20 septembre :

V. = 0,7 (Dilatation pupillaire par l'atropine).

V. = 0,9 (à travers pupille métallique).

A l'examen ophtalmoscopique la papille redevient plus distincte, mais elle est encore congestionnée et légèrement œdématisée.

27 septembre :

V. = 1 à travers pupille métallique.

OBSERVATION IV

(Observation I de Gama Pnito)

in Encyclopédie d'Ophtalmologie de Lagrange et Valude.)

Iritis séreuse et papillo-rétinite d'origine sympathique

Un jeune homme de vingt et un ans avait une plaie de l'œil gauche produite par un éclat de capsule. La conséquence fut une cécité immédiate sans inflammation préalable.

Deux ans plus tard à la suite d'un traumatisme léger l'œil aveugle devint rouge et douloureux.

L'examen montre une injection périkeratique intense, tension peu élevée, corps ciliaire douloureux à la pression, la vue réduite à la perception quantitative de la lumière. La cornée, dépolie et chagrinée, montre en haut et en dedans une petite cicatrice linéaire. Iris trouble et congestionné, pupille elliptique, chambre antérieure profonde, le cristallin ne se trouve pas dans le champ pupillaire.

Oeil droit normal : V. = 1.

Le malade refuse de se soumettre à l'énucléation de l'œil gauche qui lui est proposée par crainte d'une transmission sympathique.

Six semaines plus tard, il revient à la clinique se plaignant de son œil droit. On n'y constate en dehors d'une injection ciliaire assez intense, rien de pathologique ni à l'iris, ni aux milieux transparents, ni au fond de l'œil. Seulement la vue en est réduite à la moitié.

Six jours se passent encore et une uvéite séreuse se déclare bien caractérisée. La face postérieure de la cornée est garnie d'un pointillé fin brunâtre formant un triangle à base inférieure. Des points isolés siègent aussi sur l'iris et la cristalloïde antérieure. L'humeur aqueuse est louche, la pupille un peu dilatée, paresseuse. Tension du globe normale. A l'examen ophtalmoscopique on obtient une image trouble et voilée sans qu'il soit possible de reconnaître quelle est la part qui y revient au trouble des milieux.

L'œil sympathisant est énucléé alors et on installe dans l'œil sympathisé un collyre à l'atropine. Comme traitement général nous prescrivons une cure d'inonction mercurielle avec 4 grammes d'onguent napolitain par jour. La pupille se dilate régulièrement, les milieux s'éclaircissent peu à peu et on aperçoit alors que la papille du nerf optique est rouge et trouble et que les veines rétinienncs sont dilatées et tortueuses. Six semaines après l'opération la vision de l'œil sympathisé est presque complètement rétablie.

Le malade quitte la clinique après avoir fait cinquante-sept frictions mercurielles, mais montrant encore une certaine rougeur et un trouble pathologique du fond de l'œil.

Voici enfin une observation dans laquelle l'iritis séreuse n'a fait que précéder l'irido-cyclite plastique et finalement a abouti à la cécité.

OBSERVATION V

(Observation personnelle recueillie dans le service de M. le professeur de Lapersonne à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.)

Iritis séreuse et irido-cyclite plastique d'origine sympathique

G... Ch..., quarante-neuf ans, ébéniste. A l'âge de sept ans G... a reçu un clou dans l'œil gauche. A la suite de cet accident il raconte qu'au dire de ses parents la gourme se serait mise dans son œil. Il est parti à la campagne et on ne s'est pas occupé de son œil. Quand il est revenu à Paris il ne voyait plus de l'œil gauche. Néanmoins il n'a jamais consulté le médecin. Il a été exempté du service militaire. Jusqu'à l'âge de trente ans son œil ne lui a jamais fait mal. A partir de trente ans il a commencé à en souffrir. Tous les deux ou trois ans il avait une petite poussée douloureuse. Son œil devenait très rouge, douloureux, mais tout disparaissait au bout d'une quinzaine de jours.

Il y a quatre ans son œil gauche étant plus douloureux il se décide à aller consulter.

La fiche de la consultation de la clinique porte : « Synéchies postérieures et aphakie consécutives à un traumatisme datant de quarante ans. Ulcère de la cornée et staphylome de la région ciliaire de l'œil gauche.

« Menace de panophtalmie. Kératectomie en août 1906. Légère hernie des membranes.

« 8 septembre 1906. — Œil droit : Taie cornéenne centrale.

$$V = \frac{2}{3} \text{ difficilement avec } + 2 \text{ dioptries.}$$

« 15 septembre 1906. — Œil droit : Iritis séreuse légère.

$$V = \frac{1}{2} \text{ difficilement avec } + 2 \text{ dioptries. »}$$

Entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 10 octobre 1906. Le moignon de l'œil gauche est rouge et douloureux. La vue pour l'œil droit est trouble.

11 octobre. — Enucléation de l'œil gauche.

L'œil droit n'a jamais été douloureux, mais il commence à être rouge. Le malade trouve que sa vue baisse.

25 octobre. — En examinant l'œil droit on constate en plus de la rougeur une légère douleur à la pression. Pas de douleur spontanée intra-oculaire ou péri-orbitaire. La pupille est un peu paresseuse. On fait une série de seize piqûres et ensuite des frictions. Instillations d'atropine dans l'œil droit.

25 novembre. — Plus de douleur à la pression. L'acuité visuelle remonte. Nombreuses synéchies. Pupille petite et déformée.

10 décembre. — V. œil droit, = 0.3.

Opération le 11 décembre. Iridectomie optique. Après l'opération hypohéma.

12 décembre. — Le malade se plaint de douleurs péri-orbitaires très violentes. L'œil est rouge. Il y a de l'injection péri-kératique. On fait des instillations de cocaïne et d'atropine.

Les jours suivants l'état de l'œil reste stationnaire, puis peu à peu la pupille se rétrécit et l'œil se ramollit.

Au mois de janvier il y a séclusion et occlusion pupillaires presque totales. Le malade ne voit même plus se conduire.

Cette observation est particulièrement instructive. En effet, voilà un œil gauche qui, perdu à l'âge de sept ans, est resté sans douleur pendant vingt-trois ans, et qui, tout à coup vers l'âge de trente ans, présente des réactions inflammatoires.

Néanmoins l'œil droit résiste encore pendant dix-sept ou dix-huit ans à l'ophtalmie sympathique.

Enfin l'affection débute par une iritis séreuse qui se transforme vite en irido-cyclite plastique laquelle aboutit finalement à la cécité, malgré l'énucléation de l'œil sympathisant. Comment expliquer cette terminaison ? Quelle que soit la théorie pathogénique à laquelle on se rallie il semble que, dans le cas présent, l'œil sympathisant ait été infecté ou irrité pendant trop longtemps pour que l'énucléation ait pu empêcher la transformation de l'iritis séreuse en irido-cyclite plastique.

2° IRIDO-CYCLITE PLASTIQUE

La seconde variété est l'irido-cyclite plastique. Elle est toujours plus grave que la forme séreuse. Dans cette dernière en effet, la *restitutio ad integrum* est presque la règle, dans la forme plastique elle est l'exception. Il est bien rare qu'il ne reste pas quelque synéchie comme signature de la maladie.

C'est la forme la plus anciennement connue, celle qui a été la mieux décrite par les différents auteurs. Elle s'est imposée avec l'ensemble de ses symptômes à un tel point qu'il est difficile aujourd'hui encore de faire accepter à certains esprits d'autres manifestations sympathiques que l'irido-choroïdite plastique. Elle peut revêtir des degrés d'intensité variable.

A côté des formes graves qui aboutissent bien souvent malheureusement à la cécité il y a des formes plus bénignes qui peuvent guérir sans laisser trop de dommages. La raison de ces formes, il faut la chercher sans doute dans l'état de l'œil sympathisant qui aura été moins infecté, mais il faut la chercher aussi et surtout dans l'état général du sujet.

Elle peut débiter ou bien être précédée d'une iritis ou d'une papillo-rétinite.

Comme dans l'iritis séreuse ce sont les troubles de la vision qui attirent les premiers l'attention du malade. La douleur spontanée intra-oculaire, les douleurs péri-orbitaires si caractéristiques dans l'irido-cyclite rhumatismale manquent dans la plupart des cas. Peu de photophobie et un faible larmoiement.

A l'examen objectif, on remarque une fine injection des vaisseaux péri-kératiques se limitant tantôt aux vaisseaux profonds ou aux vaisseaux superficiels, ou pouvant s'étendre aux deux.

A la pression on constate soit de la douleur, soit une sensibilité un peu exagérée au niveau de la région ciliaire.

La cornée paraît dépolie et à l'aide de l'éclairage obli-

que on peut voir un fin précité sur la membrane de Descemet.

La profondeur de la chambre antérieure varie peu. Elle peut être diminuée ou augmentée.

L'humeur aqueuse est trouble.

Du côté de l'iris on peut observer une décoloration ou mieux un changement de couleur.

L'iris bleu prend une teinte verdâtre, et l'iris brun une teinte jaune chamois. Les dessins de l'iris sont effacés.

La pupille est petite et irrégulière. Elle se dilate mal ou d'une façon tout à fait inégale même sous l'action de l'atropine. Les synéchies se forment, mais elles ne sont pas très nombreuses et elles peuvent céder sous l'action des mydriatiques.

Il est bien rare dans cette forme de ne pas constater quelques manifestations du côté du vitré qui ne se traduisent par un trouble poussiéreux souvent difficile à voir.

La marche de l'affection est essentiellement chronique. Elle peut aboutir à la guérison ou, au contraire, récidiver avec des alternatives d'amélioration ou d'exacerbation. Dans certains cas les symptômes peuvent être extrêmement atténués. La synéchie postérieure peut être l'unique symptôme et constituer toute la maladie sympathique. Il y a là des différences entre ces formes bénignes et les formes graves. Ce sont ces différences qui ont fait décrire à certains auteurs une irrido-cyclite plastique maligne récidivante ?

Voici une observation d'irrido-cyclite plastique atténuée où les symptômes ont été réduits à très peu de chose.

OBSERVATION VI

(Observation due au Dr G. Sourdille, de Nantes. Communication à la Société française d'Ophtalmologie, mai 1903, in *Archives d'Ophtalmologie*, 1904.)

Irido-cyclite plastique

Il s'agit d'un enfant de sept ans qui, en mars 1903, me fut amené pour une étroite plaie pénétrante de la cornée droite, avec légère hernie de l'iris. La plaie siégeait à la périphérie de la cornée. Je réséquai le prolapsus irien et le petit malade retournait chez lui avec une vision d'un demi.

Onze mois plus tard, en février 1904, l'enfant m'était ramené parce que la vision de l'œil gauche avait baissé ; l'œil primitivement sain était, sauf la légère déformation pupillaire, absolument sain, ni rouge, ni douloureux, avec une vision d'un demi, l'autre œil par contre présentait une synéchie postérieure presque totale avec léger trouble du vitré ; l'acuité, jadis égale à un est de un demi. Il n'existait aucun phénomène réactionnel, mais la mère m'apprend qu'il y a deux mois cet œil est devenu rouge et douloureux ; je me trouvais donc en présence d'une iritis éteinte.

A quelle cause attribuer cette iritis ? En dehors de la tuberculose ou de la syphilis cette affection est rare à cet âge ; or aucune de ces causes ne pouvait être admise ; s'agissait-il à proprement parler d'une ophtalmie sympathique ? Cette grave affection n'a point généralement une allure aussi bénigne, de plus l'œil primitivement blessé a une excellente acuité ; il n'a jamais présenté de phénomènes réactionnels, sa tension est

absolument indolore. Ce diagnostic ne saurait donc s'imposer ; la seule hypothèse qui me semble admissible, c'est que l'œil blessé a produit dans l'œil sain des désordres de nutrition générale qui ont prédisposé à l'éclosion d'une iritis banale et sans lesquels cette dernière affection ne se serait probablement pas manifestée.

Ainsi voilà une observation d'ophtalmie sympathique où les signes sont réduits à un peu de douleur et un peu de rougeur. La mère de l'enfant, qui cependant devait être avertie, ne s'est pas inquiétée de ces symptômes. Et cependant il s'est formé une synéchie presque totale. Une iritis rhumatismale ou syphilitique, qui aurait abouti à ce résultat, n'aurait pas évolué aussi silencieusement. C'est seulement la diminution de l'acuité visuelle qui a conduit l'enfant dans le cabinet du médecin.

Sans la synéchie qui était là pour permettre au spécialiste de faire un diagnostic rétrospectif, qui aurait pu se douter que cet enfant venait de faire une terrible maladie. Combien de malades échappent ainsi à notre observation parce que les symptômes qu'ils éprouvent ne présentent pas pour eux un caractère de gravité suffisant.

L'irido-cyclite plastique n'évolue pas toujours ainsi à l'état isolé. Elle peut être précédée par d'autres manifestations sympathiques comme la papillo-rétinite ou évoluer concurremment avec elle. Voici une observation empruntée à l'*Encyclopédie d'Ophtalmologie* publiée sous la direction de Valude et Lagrange.

OBSERVATION VII

(Observation empruntée à Gama Pinto, *in Encyclopédie
d'Ophthalmologie*, t. V.)

Irido-cyclite plastique et névrite optique

Un garçon de quatorze ans est blessé à l'œil gauche par un gros morceau de fer pointu projeté avec violence.

Le lendemain on constate une plaie pénétrante de la cornée de laquelle pend un grand lambeau de l'iris. Le globe est injecté, la cornée trouble, la chambre antérieure pleine de sang. On fait l'excision de l'iris prolabé et on débarrasse la chambre d'une partie du sang épanché, ainsi que de quelques masses cristalliniennes opacifiées et gonflées. A cette occasion sortie du corps vitré, lequel reste enclavé dans la plaie pendant une dizaine de jours.

17 avril. — Quatre semaines après le traumatisme primitif le malade se plaint de voir trouble de l'œil droit jusque-là sain. On y constate de la photophobie ainsi qu'une légère injection péri-kératique.

Amplitude d'accommodation correspondante à l'âge.

Milieux transparents et fond de l'œil tout à fait normaux.

V. = I avec un peu d'hésitation.

24 avril. — Papille optique rouge et trouble, veines rétinienne dilatées.

29 avril. — Iritis plastique déclarée ; iris trouble plus foncé ; humeur aqueuse louche ; pupille fixée par de nombreuses synéchies. L'ophtalmoscope révèle une névrite optique bien caractérisée.

On procède à l'énucléation de l'œil gauche et on soigne l'inflammation de l'autre œil par des instillations répétées d'un collyre à l'atropine ainsi que par une mercurialisation générale à l'aide de frictions à l'onguent napolitain.

8 juin. — Sous l'influence de ce traitement l'œil pâlit peu à peu, la cornée s'éclaircit, la pupille débarrassée de ses adhérences obéit à l'action de l'atropine. La papille optique continue toujours à se montrer rouge, trouble, à contours effacés. V. = 1 sans hésitation.

9 juillet. — On a fait soixante frictions mercurielles. Nerf optique encore un peu hyperémié et trouble. V. = 6/5. On prescrit l'usage interne de l'iodure de potassium en remplacement du mercure.

28 juillet. — Etat de l'œil absolument normal. V. = 6/4. En résumé environ quatre semaines après un traumatisme irido-cornéen, suivi de cyclite, il survient à l'autre œil une uvéite plastique accompagnée, ou plutôt précédée d'une neuro-rétinite assez intense. La guérison a été complète. Malgré le peu d'intensité de l'affection, la durée a été de quatre mois.

Ici encore, comme dans l'observation précédente, il s'agit d'un sujet jeune. L'apparition des phénomènes sympathiques a été relativement précoce puisqu'elle s'est produite quatre semaines après le traumatisme, et néanmoins il y a eu guérison complète sans doute à cause de l'âge du malade qui lui a permis de mieux se défendre contre l'infection. Cet exemple montre que l'irido-cyclite plastique sympathique peut, malgré sa plus grande gravité, guérir complètement comme l'iritis séreuse. Les cas de guérison totale sont peut-être rares, mais dans un certain nombre

de cas l'irido-cyclite plastique d'origine sympathique peut s'éteindre et laisser une acuité visuelle assez bonne.

3° KÉRATITE SYMPATHIQUE

L'iritis séreuse, l'irido-cyclite plastique constituent les seules formes qui soient généralement admises comme affections sympathiques au niveau du segment antérieur. En 1864 Reindorf a, le premier, attiré l'attention des ophtalmologistes sur la kératite, l'irido-kératite sympathique. Depuis, Galezowski, de Lapersonne, Vignaux, Reclus en ont rapporté un certain nombre d'observations. Malgré ces faits l'existence de la kératite sympathique n'est pas acceptée par tous. Cependant, aujourd'hui, il semble que l'on tende à la faire entrer parmi les manifestations sympathiques. Chevalier, au Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, a donné une observation personnelle de kératite sympathique et, pour cet auteur, cette forme serait la plus fréquente des manifestations anormales. Il n'en reste pas moins vrai que la kératite sympathique est une rareté à côté des autres manifestations sympathiques que nous venons de décrire.

Sans doute les manifestations sympathiques du côté de la cornée sont assez fréquentes, vascularisation, pannus et même ulcération. Mais ces altérations sont consécutives aux désordres provoqués par une iritis séreuse ou une irido-cyclite plastique. Nous avons noté au cours de notre description de l'iritis séreuse les précipités si caractéristiques déposés sur la membrane de Descemet. Mais ces lésions n'évoluent qu'à titre d'épiphénomène à côté de l'iritis ou de

l'irido-cyclite. Au contraire, dans la kératite sympathique, les troubles de la cormée constituent presque toute la maladie. Les réactions du côté de l'iris sont faibles, mais elles existent toujours. Ce qui caractérise la kératite sympathique c'est qu'elle est rarement isolée ; elle s'accompagne le plus souvent de troubles de tout le segment antérieur de l'œil.

Voici une observation de kératite ulcéreuse.

OBSERVATION VIII

(Observation empruntée au D^r G. Sourdille de Nantes. Communication à la Société française d'Ophthalmologie, mai 1903. *In Archives d'ophtalmologie*, 1904.)

Kératite ulcéreuse de nature sympathique

Au mois de juillet 1902 j'étais consulté par un jeune homme de vingt-cinq ans, J. G..., peintre en bâtiment, qui venait d'être atteint de brûlure de la cornée de l'œil gauche par un liquide caustique appelé « моїца ». (C'est une solution de potasse servant à dissoudre le vernis et les vieilles peintures.) Je constatai une infiltration étendue, mais peu profonde de la cornée. Cette infiltration disparut au bout de quelques semaines, mais laissa après elle une véritable névrite des nerfs cornéens se traduisant par de l'anesthésie douloureuse de la cornée, de violentes douleurs ciliaires, de la photophobie et du larmolement. Sur ces entrefaites l'œil droit, jusque-là sain, fut atteint d'une kératite ulcéreuse, qui, malgré tous les traitements employés, n'avait aucune tendance à guérir. Pensant alors que les troubles névritiques de l'autre œil pouvaient avoir ici quelque influence, je pratiquai deux injections de sublimé sous la

conjonctive de l'œil blessé. Huit jours après les douleurs névritiques avaient disparu et l'ulcération cornéenne de l'autre œil jusque-là rebelle à tout traitement guérissait par une médication banale.

Suit une autre observation du même auteur.

OBSERVATION IX

J'ajouterai un dernier exemple plus typique encore : Un homme de quarante ans vient me consulter en juin 1903 pour une kératite ponctuée superficielle de l'œil droit ; son œil gauche est réduit depuis trente-cinq ans à l'état de moignon atrophique consécutivement à une plaie pénétrante. Malgré le traitement employé, l'affection persiste pendant plusieurs semaines avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; le malade s'énervé de cette situation ; hanté par le spectre de l'ophtalmie sympathique bien que son moignon ne soit ni douloureux, ni injecté, ni ossifié, il en demande l'énucléation.

Moins de quinze jours après cette intervention l'autre œil était complètement guéri.

Ces deux observations sont remarquables par le fait de l'influence de l'énucléation sur la marche des lésions et par la guérison complète de l'œil sympathisé. A ce titre elles doivent figurer parmi les formes les plus bénignes de l'ophtalmie sympathique atténuée. On peut dire que la guérison est la règle s'il n'y a pas de complications du côté de l'iris. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et l'affection au lieu de se localiser exclusivement à la cornée s'étend à l'iris. L'observation suivante nous montre bien

cette coexistence de la kératite et de l'iritis. Nous la devons à l'extrême obligeance de notre maître, M. le professeur de Lapersonne. Nous aurons l'occasion de la publier en entier lorsque nous étudierons les conséquences médico-légales de l'ophtalmie sympathique. Contentons nous donc pour le moment de la résumer. Il s'agit d'un ouvrier N..., âgé de quarante et un ans, qui reçoit un copeau d'acier dans l'œil droit. Il se présente à une clinique où on constate une blessure grave de l'œil droit ne laissant aucun espoir pour la conservation de cet œil. Pansements de la plaie. On propose l'énucléation qui est refusée. Quatre mois après le malade revient et le médecin constate une kératite ulcéro-vasculaire de la cornée gauche et une poussée d'iritis. L'énucléation de l'œil droit est alors exigée et pratiquée quelques jours après. Un corps étranger métallique était enkysté au milieu du vitré. Les accidents sympathiques cédèrent immédiatement. Il n'en est pas moins résulté une diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche qui est égale à $1/8$ environ.

Dans cette observation nous voyons que les troubles ulcéro-vasculaires de la cornée ont cédé à la suite de l'énucléation. Dans d'autres cas, au contraire, l'énucléation peut être sans effet et la maladie suit son cours, témoin l'observation suivante.

OBSERVATION X

(Observation publiée par M. le professeur de Lapersonne
dans le *Bulletin médical du Nord*. Lille, 1887.)

Kératite ulcéro-vasculaire et irido-cyclite sympathiques

Au mois de novembre se présentait à la consultation de l'hôpital une jeune femme de vingt-deux ans qui se plaignait de douleurs assez vives, de larmoiement et de photophobie de l'œil gauche, l'œil droit étant perdu depuis longtemps. En interrogeant cette malade, j'obtins les renseignements suivants : A l'âge de dix ans, elle aurait eu, à la suite d'un refroidissement, une inflammation très vive de l'œil droit ; pendant plusieurs mois cet œil était resté rouge, gonflé et larmoyant ; lorsque l'inflammation disparut, la vue de ce côté était complètement abolie. Depuis cette époque, elle n'a pas eu de nouveaux accidents oculaires, bien qu'atteinte à dix-sept ans d'une variole confluente et à plusieurs reprises de poussées érysipélateuses. Il y a un mois seulement, elle a commencé à se plaindre de l'œil gauche, au déclin d'une nouvelle récurrence d'érysipèle pour laquelle elle a été soignée dans le service de M. le professeur Follet.

L'examen de cet œil montre sur la cornée, près du bord supérieur, une ulcération superficielle, allongée dans le sens transversal ; par son bord supérieur arrivent un assez grand nombre de vaisseaux qui tendent à envahir l'ulcération. En dehors de cette lésion, on ne trouve rien du côté des culs-de-sac conjonctivaux, ni des paupières, la pupille est contractile et la vision paraît conservée ; mais ce qui nous frappe surtout

c'est l'opposition très grande, entre les lésions matérielles, en apparence insignifiantes, et les troubles fonctionnels. Cette pauvre fille éprouve des douleurs extrêmement vives, spontanées et à la pression, en un point localisé de la partie supérieure du globe ; la photophobie est telle qu'on parvient difficilement à voir la cornée, le larmolement est abondant. Il existe, en outre, des douleurs névralgiques dans la zone de distribution du trijumeau. Dès ce premier examen j'étais convaincu que nous n'avions pas affaire à une simple kératite ulcéro-vasculaire, d'origine scrofuleuse, par exemple, mais qu'il y avait, en outre, un retentissement très marqué sur les nerfs ciliaires. Aussi, j'examinai tout de suite le côté droit.

Cet œil ne formait plus qu'un moignon ayant environ le tiers du volume normal. La cornée, aplatie et cicatricielle, présentait à son centre une dépression en forme de hile, résultat sans doute de la perforation ancienne et de la rétraction consécutive. Un gros vaisseau, parti de l'angle interne de l'œil, se dirigeait vers le centre de la cornée et plongeait au niveau de ce hile, marquant déjà un certain degré de congestion. En exerçant une pression, même légère sur cet œil, on faisait éprouver une très vive douleur à la malade qui se reculait instinctivement. J'annonçai à mes élèves qu'il devait probablement exister des ossifications choroïdiennes amenant une irritation ciliaire, un état congestif permanent et peut-être les lésions que nous observions sur le côté opposé, par retentissement sympathique. Dans ces conditions, l'indication était formelle, il fallait agir vite, je proposais l'énucléation qui fut acceptée.

Cette opération fut pratiquée le 22 novembre. Le moignon a été divisé par une coupe antéro-postérieure, et nous avons pu constater un large cercle d'ossification choroïdienne, formant

une coque résistante dans le globe. Ses bords arrivent jusqu'à la zone ciliaire, qu'ils irritaient continuellement, son centre est perforé d'un petit orifice circulaire, répondant au nerf optique, et laisse passer la rétine complètement décollée en parapluie, le cristallin est profondément altéré, un liquide roussâtre, chargé de cholestérine, s'est écoulé au moment de la section.

L'opération faite avec toutes les précautions antiseptiques, lavages au sublimé, suture et drainage, eut les suites les plus simples. Aucune suppuration ne survint et, au sixième jour, la conjonctive était parfaitement réunie. Que devenait l'œil gauche pendant ce temps? Durant les jours qui suivirent l'opération, il nous sembla qu'il y avait une rémission très marquée de tous les phénomènes inflammatoires. La photophobie était moins intense et surtout l'ulcération, qui s'était rapidement vascularisée, avait de la tendance à se combler et à disparaître. J'avais d'ailleurs institué, dès le début, un traitement approprié : atropine, frictions mercurielles belladonnées, calomel à l'intérieur. Mais, vers le septième jour, la photophobie était redevenue très intense, les douleurs ciliaires, plus vives. L'iris, qui jusque-là était resté indemne, prenait un aspect sale, la pupille charbonneuse, l'humeur aqueuse troublée, en un mot nous assistions au développement d'une irido-cyclite sympathique que l'énucléation de l'œil droit avait été impuissante à empêcher.

Depuis ce moment, l'ulcération s'est cicatrisée, la cornée a repris sa transparence et pendant quelque temps tous les accidents semblaient avoir disparu, lorsque de nouveau l'œil est devenu douloureux et cette poussée d'irido-cyclite a été aussi intense que la première. Pendant cette récurrence la kératite ulcéreuse ne s'est pas reproduite.

La malade est sortie de l'hôpital à la fin de janvier. A ce moment la cornée présentait un léger néphélion à la place de l'ulcération et quelques nébulosités périphériques, comme on en observe fréquemment après l'irido-cyclite, enfin quelques taches pigmentaires sur la cristalloïde antérieure. L'acuité visuelle était réduite à deux tiers. Depuis cette époque, la malade ne s'est pas représentée à la consultation ce qui nous fait espérer qu'il n'y a pas eu de nouvelles attaques de cyclite et que la guérison peut être considérée comme définitive.

Ainsi dans cette observation les phénomènes réactionnels ont été violents et cependant l'infection est restée localisée au segment antérieur. Aussi l'acuité visuelle a été de deux tiers. Nous ne saurions mieux terminer ce chapitre qu'en citant les conclusions que M. le professeur de Lapersonne tirait de l'observation précédente. « Il me semble résulter des faits qui précèdent que l'ophtalmie sympathique peut, dans quelques rares circonstances, débiter par une véritable kératite. Celle-ci se présenterait sous la forme ulcéro-vasculaire, mais ce qui sera caractéristique, c'est le retentissement ciliaire immédiat, douleurs névralgiques, photophobie, larmolement. Les accidents irido-cyclitiques éclateront ensuite et dès lors la marche des lésions cornéennes n'aura plus qu'une importance secondaire. L'énucléation de l'œil sympathisant, même dès le début, ne sera pas toujours capable d'arrêter cette forme d'ophtalmie sympathique. »

II. — SEGMENT POSTÉRIEUR

Les lésions sympathiques au niveau du segment postérieur de l'œil se montrent moins souvent à l'état isolé qu'au niveau du segment antérieur. Néanmoins elles existent et elles doivent figurer parmi les manifestations les plus simples de l'ophtalmie sympathique atténuée. Elles se présentent sous deux formes principales : la choroïdite et la papillo-rétinite sympathiques. On les voit assez souvent coïncider avec des lésions du segment antérieur. Le même malade peut être porteur d'une irido-cyclite et d'une papillo-rétinite. Il est bien plus fréquent encore de voir l'irido-choroïdite plastique. Dans ce cas il est bien difficile de dire quel a été le point de départ de l'affection : antérieur ou postérieur. C'est qu'en effet les symptômes d'une choroïdite, d'une papillo-rétinite sont beaucoup plus difficilement perçus par le malade. Une diminution de l'acuité visuelle, des mouches volantes sont souvent mises par le malade sur le compte soit d'un défaut ou d'un excès de lumière soit d'un surcroît de fatigue. Le malade croit se trouver en présence d'un acte physiologique alors qu'en réalité il y a déjà des désordres anatomiques graves. Et c'est seulement lorsque les douleurs de l'irido-cyclite surviennent qu'il se décide à consulter pour son œil. Alors on constate une participation de tout le tractus uvéal au processus inflammatoire.

Nous allons donc étudier successivement la choroïdite et la papillo-rétinite sympathiques. Le décollement de la rétine en tant qu'affection sympathique isolée n'existe pas, il est toujours consécutif à des lésions de chorio-rétinite.

1° CHOROIDITE SYMPATHIQUE

La choroïdite sympathique ou mieux la chorio-rétinite sympathique ne présente nullement un type constant ni au point de vue clinique, ni au point de vue anatomique. Les taches choroïdiennes peuvent être arrondies ou ovales ou en stries. Leur configuration est loin d'être uniforme. Leur répartition est plus caractéristique. Ce sont des taches d'un blanc jaunâtre ou rougeâtre avec peu ou pas de tendance à la pigmentation et qui se disposent à la périphérie du fond de l'œil n'atteignant que rarement le voisinage de la papille. Haab attache de l'importance à leur forme arrondie et à leur distribution périphérique.

L'époque de leur apparition est difficile à fixer d'une façon précise, car dans la plupart des cas les troubles du vitré rendent tout examen du fond de l'œil impossible pendant un certain temps. Pour les uns l'époque de leur apparition varierait de un à six mois après le développement des premiers signes inflammatoires sympathiques. Pour d'autres, elle serait plus précoce. Les symptômes fonctionnels se réduisent à une diminution de l'acuité visuelle. Les malades se plaignent d'avoir un brouillard devant les yeux, de voir des mouches volantes. Les contours des objets leur paraissent moins nets. Ils ne souffrent pas et leur œil n'est pas rouge, les phénomènes peuvent durer depuis plusieurs jours déjà lorsque les malades se décident à consulter.

L'acuité visuelle n'est plus que de trois ou quatre dixièmes. Il n'y a pas d'injection péri-kératique, pas de larmoie-

ment, pas de photophobie. L'iris n'est pas décoloré. La pupille n'est pas déformée. Il n'y a pas de douleur à la pression au niveau de la région ciliaire.

A l'examen ophtalmoscopique le fond de l'œil est plus difficile à voir. On constate un trouble poussiéreux du vitré et quelquefois de véritables flocons. Si ces phénomènes ne sont pas trop accentués on peut voir de petites taches jaunes, à limites peu nettes, appliquées sur le fond de l'œil rouge, sous les vaisseaux de la rétine.

L'évolution de la choroïdite sympathique se poursuit lentement et si l'affection se cantonne exclusivement sur la choroïde le pronostic est favorable (Terrien). La complication la plus grave est le décollement de la rétine. Il est donc inutile de décrire un décollement de la rétine sympathique, car il est toujours consécutif à une choroïdite sympathique. Voici une observation de choroïdite sympathique :

OBSERVATION XI

(Observation empruntée au Dr Ch. Abadie. — *In Archives d'Ophtalmologie* de 1903.)

Choroïdite sympathique

M^{me} P..., âgée de soixante-sept ans, est atteinte de cataracte aux deux yeux. J'opère l'œil droit le 27 avril 1900. Je ne me souciais pas trop d'opérer l'œil gauche parce que de ce côté la partie supérieure de la cornée était grisâtre, infiltrée, et donnait l'impression non d'un simple gérontoxon, mais d'une infiltration cornéenne pathologique, probablement de nature gouteuse.

Néanmoins la malade était si satisfaite du résultat du premier œil qu'elle demanda avec instance à être opérée du second. Ce que je fis le 5 mai 1900. De ce côté aussi les suites de l'opération furent simples et le résultat satisfaisant. Un mois et demi après, avec des verres de $+ 11$ dioptries, l'acuité visuelle était de la moitié à droite, et un quart à gauche et avec $+ 16$, lecture facile avec les deux yeux.

Au bout de sept mois cette malade, jusque-là très satisfaite, revient me voir, se plaignant d'une diminution de la vision survenue depuis peu, mais qui s'accroît tous les jours. C'est l'œil gauche qui a d'abord commencé à faiblir puis le droit. La lecture est possible, mais se fait avec plus de difficultés. N'éprouvant aucune douleur, les yeux conservant le même aspect, cette malade croit simplement à la nécessité de modifier ses verres de lunettes.

En l'examinant à l'ophtalmoscope, je constate que le corps vitré à gauche a perdu en grande partie sa transparence surtout en haut et en dehors. Il y a là un trouble diffus nuageux, mais sans corps flottants assez volumineux pour être dissociés.

À droite la pupille est comme légèrement voilée par suite de la perte de la transparence des couches profondes du corps vitré.

En examinant avec beaucoup d'attention pour tâcher de découvrir le point de départ de ces lésions qui cadrent avec la diminution proportionnelle de la vision je constate que, à l'œil gauche, le dernier opéré de la cataracte, il s'est formé, en haut et en dedans au niveau de la cicatrice résultant de la section cornéenne, une espèce de petit sillon creux.

Il y a là une véritable perte de substance en forme de coup

d'ongle semblant résulter de la résorption d'une partie du tissu cornéen malade.

Cette altération singulière de la cicatrice une fois découverte, j'étais porté à penser qu'à travers ce pertuis minime où l'épithélium protecteur faisait défaut, une infection, venue du dehors, devait se produire d'abord dans l'œil gauche pour gagner ensuite l'œil droit par la voie du chiasma.

En conséquence dans le but de fermer ce pertuis je pratiquai une légère cautérisation au galvanocautère, et pour combattre l'infection déjà existante, j'injectai de chaque côté sous la conjonctive trois à quatre gouttes d'une solution de cyanure au millième.

Il y eut tout d'abord une amélioration réelle ; mais au bout de quelques jours, le sillon de la cicatrice, qui s'était d'abord comblé, se creusa de nouveau.

Dès lors les milieux recommencèrent à se troubler et malgré tout, malgré les injections locales et générales de cyanure de mercure, malgré l'absence complète de phénomènes inflammatoires, la vue baissa rapidement. Bientôt la lecture devint impossible, et de jour en jour la malade se conduisait avec plus de difficultés. La situation devenait tellement critique que je craignais d'être obligé d'enucléer l'œil gauche, origine pour moi de tout le mal, mais auparavant je crus bon de demander une consultation à mon excellent maître, M. de Wecker.

M. de Wecker se rangea à mon opinion ; pour lui aussi c'était une infection lente chronique qui se faisait en dehors par la fissure que présentait la cicatrice cornéenne de l'œil gauche.

Malgré l'insuccès de la tentative d'oblitération avec le galvanocautère, il me conseilla d'aviver avec le scarificateur cette

région et de la recouvrir ensuite avec la conjonctive largement disséquée tout autour en la faisant glisser au-devant de cette surface avivée en la maintenant en place par quelques points de suture. C'est ce que je fis. Au bout de six jours les fils furent enlevés, la surface cruentée de la conjonctive, devenue parfaitement adhérente, bouchait complètement la petite perte de substance, porte d'entrée de l'infection.

A partir de ce moment et bien qu'on eût suspendu tout traitement, une amélioration progressive se produisit. Au fur et à mesure que les milieux de l'œil s'éclaircissaient, d'abord à droite puis à gauche, l'acuité visuelle remontait ; bientôt la lecture devint possible avec l'œil droit. A gauche la vision progressa également, mais en restant plus faible qu'à droite et le corps vitré reprit sa transparence sauf dans le voisinage de la cicatrice où il resta un peu opaque.

Depuis la guérison ne s'est pas démentie.

Suit une autre observation de chorio-rétinite :

OBSERVATION XII

(Observation empruntée au Dr Ch. Abadie, *in Archives
d'Ophthalmologie*, 1903.)

Chorio-rétinite sympathique

Un malade, âgé de quarante-huit ans, se présente à ma clinique dans les conditions suivantes : Il a perdu l'œil droit par suite d'un traumatisme depuis plus de dix ans. La vue de l'œil gauche était toujours restée bonne lorsqu'il y a environ un an elle commença à baisser. Il consulta alors à diverses cliniques

où il fut soumis aux injections mercurielles sous-cutanées (probablement injections de biiodure). Ce traitement fut continué pendant plusieurs mois et néanmoins la vision de l'œil gauche a continué à baisser lentement au point qu'il commence à avoir de la peine à se conduire. En examinant l'œil à l'ophtalmoscope on constate que le corps vitré présente un trouble général diffus dans lequel on peut dissocier néanmoins des corps flottants membraniformes. Extérieurement, aucun signe d'irritation, ni d'infection péri-kératique, ni trouble de l'humeur aqueuse, ni exsudats pupillaires. Il semble au premier abord qu'on se trouve en présence d'un cas de chorio-rétinite vulgaire avec trouble du corps vitré, affection fréquente et justiciable d'ordinaire des injections sous-cutanées mercurielles. Mais l'insuccès de ces dernières, pratiquées pendant plusieurs mois et néanmoins impuissantes à enrayer la marche progressive de l'affection, met notre attention en éveil. Nous examinons alors l'œil droit perdu depuis longtemps et voici ce que nous constatons : Cet œil est réduit à un moignon volumineux ; la cornée est en grande partie détruite, mais à son centre on voit un enfoncement en forme de cul-de-poule d'où partent cinq à six stries rayonnées qui s'irradient dans les vestiges de l'ancienne cornée. La tension de ce moignon est presque celle d'un œil normal. Il n'est le siège d'aucune douleur ni spontanée, ni à la pression ; il n'existe non plus aucune injection anormale, ni du tissu scléral, ni de la conjonctive. Mais en examinant à la loupe et avec un fort grossissement le petit infundibulum cicatriciel qui occupe à peu près le centre de l'ancienne cornée on constate qu'à ce niveau-là l'épithélium cornéen fait défaut. D'aspect rugueux il ne forme plus une couche protectrice lisse et unie comme dans le voisinage.

Ayant encore présent à l'esprit le cas précédent, dont nous venons de parler, nous diagnostiquons une infection chronique qui doit se faire de dehors en dedans par ce petit pertuis dépourvu d'épithélium protecteur, infection qui s'est propagée par le chiasma à l'œil gauche, sain jusque-là.

Pour remédier à cet état de choses, il fallait ou bien boucher ce pertuis si c'était possible, ou bien le supprimer en pratiquant l'énucléation.

Boucher ce pertuis par un avivement suivi d'un glissement de la conjonctive était chose à la rigueur possible, mais peu avantageuse en l'espèce, car cette opération laissait toujours en place un moignon inutile et fort disgracieux. Je me décidai pour l'énucléation. Cette opération faite, huit jours après l'acuité visuelle commençait à se relever, le corps vitré s'éclaircissait, les flocons membraniformes se résorbaient et deux mois après ce malade reprenait ses occupations.

2° PAPILLO-RÉTINITE SYMPATHIQUE

L'inflammation sympathique tout en restant circonscrite au segment postérieur de l'œil peut se limiter encore davantage et se localiser plus spécialement au nerf optique et à la rétine adjacente. C'est la papillo-rétinite.

Cette papillo-rétinite peut évoluer à l'état pur ou, au contraire, se compliquer d'une inflammation uvéenne. Suivant une statistique de 211 cas d'ophtalmie sympathique dressée par Nettelschip, il y aurait eu 10 0/0 de papillites dont la moitié s'était limitée au segment postérieur, tandis que l'autre moitié avait été suivie d'une inflammation du tractus uvéal.

Pour quelques auteurs la papillite serait la première manifestation de l'envahissement de l'œil sympathisé par le processus infectieux venu de l'œil sympathisant.

La papillite peut exister seule, précéder, coïncider ou suivre l'uvéite.

Les symptômes de l'affection ne présentent rien de caractéristique. Les malades viennent toujours consulter pour une diminution de l'acuité visuelle qui persiste depuis un certain temps déjà. Dans certains cas, ce sont des sujets chez qui l'œil sympathisant n'est pas encore guéri, et chez lesquels on trouve par hasard à l'examen ophtalmoscopique des troubles de la papille de l'autre côté. Pour peu que le malade soit d'un naturel un peu insouciant, il peut se faire qu'il perde la moitié de son acuité visuelle sans s'en apercevoir.

C'est un malade qui revient consulter trois ou quatre mois après la guérison de son traumatisme, et qui est tout étonné d'apprendre que son acuité est réduite à quatre ou cinq dixièmes, alors qu'avant elle était normale. Dans d'autres cas, cette diminution de l'acuité visuelle est mise sur le compte d'autres causes. C'est qu'en effet, ici plus que dans les autres formes, le début de la maladie peut être insidieux. Il n'y a pas de douleur, pas de réaction inflammatoire.

Sil'on examine le fond de l'œil au début, ce qui est rare, on constate souvent peu de signes. Les bords de la papille manquent de netteté. On ne distingue plus les trois zones de coloration physiologiques sur lesquelles M. le professeur de Lapersonne se plaît à insister. La coloration de la papille est plus uniforme.

Plus tard, la papille est rouge foncé et les bords sont parfois impossibles à distinguer, un trouble homologue s'étendant de la papille jusque sur les parties adjacentes de la rétine. Les veines sont volumineuses et les artères d'une minceur anormale.

En outre de la diminution de la vision, on peut noter de la dyschromatopsie, du rétrécissement du champ visuel, un léger degré d'héméralopie, des obscurcissements passagers de la vue.

La marche de la papillite est chronique. L'affection dure des mois, puis les phénomènes inflammatoires disparaissent pour faire place aux symptômes de l'atrophie. Alors la papille devient moins rouge, les limites deviennent plus nettes. L'acuité visuelle dépend du degré de l'atrophie.

OBSERVATION XIII

(Observation personnelle recueillie à la consultation de
la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.)

Papillite sympathique

D. E..., vingt-neuf ans, vient à la consultation ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 20 novembre 1906.

Les antécédents héréditaires et personnels du malade ne nous apprennent rien. Il n'a jamais été malade.

7 novembre 1906. — Il a reçu un éclat d'acier dans l'œil gauche qui s'est inclus dans l'iris. On lui a fait une iridectomie huit jours après l'accident. Evolution d'une cataracte traumatique et extraction de cette cataracte par le Dr N...

20 octobre. — On note :

OEil gauche: Rougeur péri-kératique, larmolement, douleur à la pression et spontanée. Légère hypotomie. Cicatrice d'extraction de cataracte. Aphakie. Extraction combinée.

Du côté de l'œil droit le malade se plaint que l'acuité visuelle aurait baissé. La pupille est rétrécie et réagit faiblement. Les bords de la papille sont peu nets.

V. = 0,4.

1^{er} novembre 1906. — La papille est légèrement rouge.

OEil droit: V. = 0,3.

9 et le 12 novembre. — L'acuité est toujours la même. Le malade ne souffre pas.

8 décembre. — Le malade revient, il dit qu'il voit aussi bien qu'avant l'accident, l'acuité est de 0,6. Depuis il nous a été impossible de revoir le malade.

La papillite peut être la première manifestation d'une ophtalmie sympathique qui se généralise ensuite à tout le tractus uvéal. L'observation suivante nous montre bien la marche de l'affection.

OBSERVATION XIV

(Observation personnelle recueillie dans le service de M. le professeur de Lapersonne à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu).

Papillite et irido-cyclite sympathiques

Ch. M..., soixante ans, ménagère.

En 1904, cataracte complète de l'œil droit. Extraction combinée le 10 juin 1904. Résultats excellents. La malade voyait très bien.

Elle entre de nouveau salle Sainte-Agnès le 19 décembre 1906 pour être opérée de la cataracte à l'œil gauche. La fiche porte :

Voies lacrymales en bon état ;

Sécrétion conjonctivale normale ;

Réflexes pupillaires normaux ;

Projection lumineuse bonne ;

Acuité visuelle = simple perception lumineuse ;

Urines : ni sucre, ni albumine.

On opère le malade le 20 décembre 1906. Incident opératoire : Cristallin expulsé spontanément pendant l'iridectomie ; perte de vitré ; hernie de l'iris en dehors et en haut.

On fait des cautérisations répétées de la hernie de l'iris, dix ou onze en tout et avec trois ou quatre jours d'intervalle entre chacune. On pratique des frictions mercurielles pendant un mois. Au début il n'y avait aucun trouble du côté de l'œil droit.

Néanmoins le 18 février on note : une conjonctivité légère de l'œil droit avec sensations de picotement : un peu de rougeur de la conjonctive. Pas d'injection péri-kératique, pas de réaction irienne. Les jours suivants la conjonctivite disparaît, mais la malade se plaint qu'elle voit beaucoup moins bien de son œil droit. A l'examen on ne constate rien extérieurement. L'œil n'est pas rouge ; il n'est pas douloureux et les réflexes sont normaux, mais à l'examen ophtalmoscopique on note que les limites de la papille sont un peu indistinctes, les bords ne sont pas très nets. Les jours suivants la malade (peu intelligente d'ailleurs) ne se plaint plus de rien.

10 mars 1907. — La hernie de l'œil gauche ne fait presque plus saillie. On ne fait plus de cautérisations. Elle sort de

Sainte-Agnès le 9 avril. La hernie est complètement rentrée, mais l'œil gauche est resté sensible.

La malade rentre chez elle, puis elle part à la campagne.

25 avril, matin. — Elle s'aperçoit que son œil droit est tout rouge et qu'il lui fait mal. Depuis sa sortie l'œil gauche avait toujours été douloureux.

13 mai. — Elle revient à l'Hôtel-Dieu avec une irido-cyclite de l'œil droit. On note : une injection péri-kératique intense. Pas de photophobie, peu de douleurs ; iris gris noirâtre, troubles des milieux, fond d'œil inéclairable, tonus + 3. Comme traitement local on met de l'éserine et de la pilocarpine dans l'œil droit et comme traitement général on fait des frictions mercurielles. Œil gauche, légère hypotension. Localement rien.

28 mai. — Œil gauche, tonus — 2. Atropine.

Œil droit, tonus + 1. Pilocarpine.

La malade ne voit même plus pour se conduire.

Pendant le mois de juin l'état de la malade reste à peu près stationnaire. Elle part au commencement de juillet. Elle n'a conservé que la simple perception lumineuse.

Cette observation nous montre une malade chez laquelle les symptômes fonctionnels ont été très atténués. Elle n'a jamais eu de douleurs, pas de photophobie, rien, en un mot, de l'irido-cyclite grave aboutissant rapidement à la cécité, et cependant peu à peu la vision a diminué et cette malade n'a conservé que la simple perception lumineuse. Ce qui prouve bien que l'intensité des symptômes n'est pas un élément de pronostic certain.

Dans d'autres cas, au contraire, la guérison peut être complète, témoin l'observation suivante :

OBSERVATION XV

(Observation empruntée à Gama Pinto in *Encyclopédie d'Ophtalmologie* par Lagrange et Valude.)

Papillite et irido-cyclite sympathiques

Une enfant de quatre ans reçut en 1892 un coup de pierre sur l'œil gauche. Soignée en ville avec de l'eau boriquée et un collyre au sulfate de zinc elle ne se présente à notre consultation que seize jours après l'accident. La cornée était largement fendue, la plaie infiltrée, l'iris enclavé, le globe mou, rapetissé. On excisa le prolapsus irien, mais l'œil pris de cyclite lente fut frappé d'une atrophie complète. Pendant sept ans la fillette porta son moignon sans douleur, sans rougeur ni autre symptôme gênant. Au commencement d'avril 1899 le moignon s'enflamme et vingt-quatre jours après, il se montra une rougeur à l'œil droit. Elle revient à la clinique le 6 mai et nous constatons l'état suivant : œil gauche atrophié, rouge, mou, douloureux à la pression. On n'y voit aucune solution de continuité. La cornée, rétrécie, montre une grande cicatrice oblique ainsi que des incrustations blanchâtres dans son parenchyme. V. = 0. Œil droit injecté, tous les milieux clairs, l'iris doué de son brillant naturel, la pupille réagissant promptement à la lumière. La papille optique rouge et un peu voilée.

V. = 6/8. Collyre à l'atropine, lunettes fumées. Le 10 mai l'état des yeux continuant le même, on procède à l'énucléation du moignon sympathisant.

Les jours suivants l'œil droit est moins rouge, mais le 19 mai; l'injection péri-kératique augmente et le 22 il se déclare une iritis séro-plastique. Cornée et iris mats, nombreuses synéchies postérieures, précipités sur la membrane de Descemet. On établit un traitement mercuriel par des onctions d'onguent napolitain à la dose de 2 grammes par jour.

7 juin. — La malade est prise de rougeole. On interrompt l'usage du mercure et on ne fait qu'instiller de l'atropine dans l'œil.

24 juin. — On reprend les frictions. L'œil beaucoup moins rouge, la pupille ronde.

2 juillet. — Œil tout à fait blanc, aucun vestige de synéchies ni de précipités cornéens. Papille optique encore un peu voilée. V. = 6/6.

19 août. — Papille presque normale.

Nous avons depuis revu la malade plus d'une fois. L'aspect du nerf optique était tout à fait physiologique.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

L'ophtalmie sympathique ne présente pas de symptômes bien tranchés qui la distinguent des autres affections oculaires. Est-il bien étonnant qu'il en soit ainsi ? En réalité ce qui nous permet de faire le diagnostic entre telle ou telle iritis, telle ou telle irido-cyclite ce n'est pas une symptomatologie propre à chacune de ces formes, ce ne sont pas des caractères anatomiques différents.

Nous voyons chaque jour des malades se présenter avec, celui-ci un irido-cyclite rhumatismale, cet autre une irido-cyclite syphilitique, et qu'il serait impossible de cataloguer tant les symptômes semblent calqués les uns sur les autres, si nous n'avions pas les antécédents du malade et l'examen général de ses divers appareils. Ce sont les mêmes douleurs, la même injection péri-kératique, les mêmes déformations pupillaires, les mêmes lésions anatomiques. Or dans les cas d'ophtalmie sympathique nous avons bien comme antécédents, la notion d'un traumatisme sur l'œil sympathisant, mais dans l'examen général du malade nous

ne trouvons rien qui puisse nous faire porter avec une certitude absolue le diagnostic d'ophtalmie sympathique. Sans doute lorsque à la suite d'une plaie de l'œil, il se développe dans cet œil une irido-cyclite chez un sujet ne présentant aucun antécédent pathologique, et que quelques semaines après on voit survenir une irido-cyclite sur l'autre œil, on est bien obligé d'admettre qu'il s'agit là d'une ophtalmie sympathique. Mais lorsque l'inflammation de l'œil sympathisé survient longtemps après le traumatisme, les difficultés sont beaucoup plus grandes pour établir nettement le caractère sympathique de cette inflammation.

Le fait que l'un des yeux s'est perdu par suite d'un traumatisme n'autorise pas à considérer comme sympathique toute affection quelconque de l'autre œil. « Les ophtalmies sympathiques, évoluant après quinze, vingt et trente ans, sont d'autant plus sujettes à caution qu'on appelle sympathique tout ce qui se passe dans le congénère d'un œil antérieurement blessé. » (De Wecker.)

Voici d'après Schirmer les conditions nécessaires pour conclure à la sympathie avec de fortes probabilités telles que nous les trouvons exposées dans la thèse de Grullon.

a) « Il doit exister sur l'œil sympathisant une inflammation du tractus uvéal provoquée par une infection ectogène. »

Nous avons parlé de cette question au chapitre de l'étiologie et nous avons montré comment, bien souvent, on observait des ophtalmies sympathiques à la suite de poussées inflammatoires au niveau de vieux moignons. Moo-

ren et le professeur de Lapersonne ont cité des cas de sympathie produits par le port d'un œil artificiel.

b) « L'intervalle entre l'affection des deux yeux doit être au moins de quatorze jours ; il peut se prolonger au delà sans limites. »

Bien souvent, en effet, dans les formes atténuées l'invasion de l'œil sympathisé est assez tardive. C'est même un caractère de ces formes.

c) « L'œil sympathisé doit être atteint d'une inflammation uvéale. L'inflammation, en effet, doit atteindre le tractus uvéal dans son entier, très exceptionnellement se cantonner à un seul segment, et dans la plupart des cas, elle doit être caractérisée par l'abondance des excréments fibrineux, par son évolution chronique, par son penchant aux récidives qui finissent par amener l'œil à la phtisie. Lorsque l'affection revêt les caractères d'une irido-cyclite purement séreuse, ce qui se voit rarement, elle aboutit alors, malgré une longue évolution, à la guérison, L'énucléation de l'œil sympathisant n'a dans aucun des deux cas une action salutaire directe. Une variété plus rare est la papillo-rétinite, qui est guérie par l'énucléation. »

L'ophtalmie sympathique atténuée s'éloigne considérablement de cette description. Nous avons vu que le propre de ces formes c'est leur localisation à un segment de l'œil.

d) « Un examen général du corps ainsi que l'anamnèse, ne doivent pouvoir fournir aucune explication sur la cause de l'infection. »

Il faut éliminer toutes les affections générales, syphilis,

rhumatisme, tuberculose, blennorrhagie. Il faut rechercher les diathèses, les maladies infectieuses.

Ce diagnostic sera souvent très difficile, et cependant il présente un intérêt capital depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Petella, de Naples, dans une communication (XVI^e Congrès de la Société italienne d'Ophtalmologie de Florence, 1902), a essayé d'en établir les principes.

« 1^o La poussée inflammatoire récidivante dans l'œil atrophique ou dans l'orbite privé du globe rend possible l'ophtalmie sympathique même après plusieurs lustres ;

2^o Les résultats favorables de l'énucléation ou de l'exentération préventives, plaideraient en faveur d'un processus sympathique plutôt irritatif que vraiment inflammatoire ;

3^o La nature de la lésion initiale (plaies infectieuses) détermine de règle une irrido-cyclite secondaire de l'autre œil, ou d'une façon exceptionnelle une papillo-rétinite toxique. Toutes les autres affections prétendues sympathiques doivent être admises avec beaucoup de réserves ;

4^o Lorsqu'il s'est écoulé quatre semaines après l'opération préventive sans apparition d'ophtalmie sympathique, cette dernière ne peut se déclarer sous une forme tardive, qu'après rechute inflammatoire manifeste dans l'œil atrophié ou dans l'orbite du côté énucléé. »

Les recherches de Zur Nedden qui semblent prouver l'existence d'agents microbiens dans le sang de malades au début d'une ophtalmie sympathique sont trop récentes pour qu'on puisse en tirer des conclusions,

Terrien et Cantonnet (*Archives d'Ophtalmologie* de 1907)

ont recherché l'état du sang dans l'iritis. Dans quatre cas d'ophtalmie sympathique les résultats obtenus oscillent autour de la formule sanguine normale avec de faibles différences en plus ou en moins, et ne permettent pour ces auteurs aucune conclusion.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

Il est difficile d'établir un pronostic certain au cours de l'évolution d'une ophtalmie sympathique.

Nous avons vu que les formes atténuées, peuvent comme les formes graves, aboutir tout aussi bien à la cécité. Il n'y a pas de douleur, peu de réaction inflammatoire, une évolution beaucoup plus longue, mais le résultat final peut être le même. Heureusement il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons vu des ophtalmies sympathiques guérir sans trop de dommages pour l'œil.

L'influence de l'âge (nous l'avons montré au chapitre de l'Étiologie) a été diversement interprétée.

Un fait qui est bien certain, c'est que le pronostic doit être en rapport direct du degré d'infection de l'œil sympathisant et de la résistance du sujet. Ainsi, grâce à l'antisepsie, les plaies du globe ne présentent plus un pronostic aussi sérieux. Cependant il faut toujours faire toutes réserves sur les conséquences définitives d'une blessure. On doit être encore plus réservé dans son pronostic, lorsque

l'ophtalmie sympathique a éclaté. Il faut toujours se rappeler que les formes les plus atténuées comme symptômes peuvent aboutir à la cécité. Dans d'autres cas, au contraire, la guérison peut se faire en laissant une acuité visuelle assez bonne.

La diversité des manifestations sympathiques, l'absence de signes diagnostiques certains prêtent admirablement à contestation dans la réglementation des accidents du travail.

Voici les termes essentiels de la loi du 9 avril 1898, modifiée et complétée par les décrets du 22 mars 1902 et du 31 mars 1905 qui réglementent ces accidents.

Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières, et, en outre, dans toutes les exploitations ou parties d'exploitation, dans laquelle sont fabriqués ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit au profit de la victime ou de ses représentants à une indemnité à la charge du chef de l'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours.

.
Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré, dans les quarante-huit heures par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal.

Cette déclaration doit contenir les noms et adresses des témoins de l'accident, il y est joint un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

... Récépissé de la déclaration et du certificat du médecin est remis par le maire au déclarant.

.
Lorsque, d'après le certificat médical, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente absolue ou partielle du travail, le maire transmet immédiatement copie de la déclaration et le certificat médical au juge de paix du canton.

Lorsque le certificat ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé.

Le médecin peut être appelé à délivrer un certain nombre de certificats.

S'il y a incapacité de plus de quatre jours le patron est tenu de déposer à la mairie un certificat du médecin qui a examiné le blessé.

Le médecin établit alors un certificat d'origine de blessure. Il décrit avec beaucoup de précision et beaucoup d'exactitude le siège, l'étendue, la nature des lésions. Il faut rechercher (si la chose est possible) l'acuité visuelle de l'œil blessé. Mais il faut surtout, et cela dès la première visite, prendre avec soin l'acuité visuelle de l'œil sain. Cette acuité visuelle doit être prise après correction si le sujet est porteur de quelque amétropie et être consignée sur le rapport. Ainsi, plus tard, s'il se produit quelques complications du côté de cet œil, on pourra se rendre compte faci-

lement de la diminution de la vision et établir d'une façon plus exacte la diminution de capacité de l'accidenté.

Le certificat d'origine de blessure n'est pas assujéti au timbre, il se fait sur papier libre et doit être établi de la façon suivante.

1° Un préambule énonçant les noms, prénoms, qualités et domiciles du médecin et du demandeur ;

2° La constatation médicale de l'accident ;

3° Les conclusions indiquant les suites probables de la blessure, et l'époque à laquelle il sera possible de connaître le résultat définitif.

Les parties, au cours du procès, produisent des certificats : certificat des ouvriers, certificat des compagnies d'assurance ou des patrons. Si les parties ne parviennent pas à s'entendre au sujet du taux de l'indemnité, le tribunal peut nommer un expert. Le médecin-expert peut être commis en conciliation ou par jugement. Les parties sont convoquées et le blessé est examiné une ou plusieurs fois. L'expert, après avoir pris connaissance des différents certificats produits par la compagnie et par l'ouvrier, rédige son rapport. Voici en quels termes :

I. — Circonstances de l'accident. Enquête de la justice de paix.

II. — Suites de l'accident.

III. — Certificats remis par les parties.

IV. — Examen du blessé.

V. — Discussion.

VI. — Conclusions. Les conclusions doivent être rédigées en un texte court indiquant :

1° L'accident de telle date a déterminé...

2° Il en résulte une incapacité... et la réduction de capacité est de... (10 0/0 par exemple) ;

3° L'incapacité temporaire a pris fin à telle date.

On demande encore des certificats pour les cas de révision ou d'appel.

La revision est la faculté pour l'ouvrier ou la compagnie d'assurance de demander une augmentation ou une réduction de l'indemnité.

La demande de révision est reçue pendant trois ans sur vue d'un certificat d'un médecin indiquant une aggravation ou une amélioration de l'ouvrier. Le médecin prend le premier rapport d'expertise, et il s'agit de voir s'il y a eu un changement en bien ou en mal.

Mais la révision n'est pas possible que si l'amélioration ou l'aggravation sont dans l'ordre naturel des événements.

L'ophtalmie sympathique, survenant chez un sujet dont la blessure est consolidée depuis longtemps, est un cas fréquent de révision. Giraud a montré que le délai de trois ans, qui est accordé aux parties, peut être insuffisant dans certains cas.

Voici deux rapports dus à l'obligeance de M. le professeur de Lapersonne, le premier est un rapport en conciliation, le second un rapport d'expertise.

RAPPORT EN CONCILIATION

Renseignements et certificats médicaux

N... âgé de trente-quatre ans, est ouvrier maçon ; le 1^{er} mars il aurait reçu une piqure de fil de fer sur l'œil gauche. Il a

continué à travailler et c'est seulement le 25 avril qu'il a commencé à se faire soigner. Il est entré à l'hôpital le 6 mars et y est resté jusqu'au 24 juillet. On lui a fait une opération sur l'œil gauche ; on l'a traité avec l'atropine et des frictions mercurielles.

Le 8 août il s'est présenté à la clinique de l'Hôtel-Dieu où la fiche de consultation indique : œil gauche, plaie du limbe scléro-cornéen ; œil droit, iritis d'origine sympathique ou syphilitique.

Il a vu ensuite le D^r X... qui a délivré les deux certificats suivants :

20..... 190.. n° 1

13..... 190.. n° 2

Enfin le D^r Z... a résumé dans le certificat ci-dessous les soins qu'il lui a donnés.

7..... 190.. n° 3

Etat actuel. — Du côté gauche il existe une cicatrice blanche qui occupe la partie supéro-externe de la cornée. L'iris est attiré vers cette cicatrice et la pupille est déformée. Par l'orifice pupillaire on distingue assez difficilement le fond de l'œil. L'acuité visuelle de cet œil est égale à un quarantième. Il n'est pas rouge ; sa consistance est normale ; il n'est pas douloureux à la pression.

Du côté droit il existe des synéchies postérieures et des exsudats blanchâtres qui encombrant l'orifice pupillaire. Le fond de l'œil est difficilement éclairable. Son acuité visuelle est égale à un vingtième. Il n'y a ni photophobie ni larmoiement et toute trace d'irritation semble avoir disparu.

Tenant compte de l'examen actuel et des renseignements fournis par les certificats il paraît bien démontré que l'origine des accidents remonte à un traumatisme subi par l'œil gauche. Le blessé prétend que ce traumatisme date du dernier, mais rien ne nous permet de l'affirmer. Il est possible que la blessure ait été supportée sans souffrances vives pendant près de deux mois, soit qu'il y ait eu ulcération superficielle du limbe et secondairement hernie de l'iris à la suite d'une perforation, soit qu'il y ait eu d'emblée perforation avec hernie de l'iris.

En ce qui concerne les complications du côté droit elles ont été caractérisées par de l'irido-choroïdite avec persistance de synéchies et d'exsudats pupillaires.

L'interrogatoire et l'examen de N... ne nous ayant fait reconnaître aucun stigmatisme de maladie infectieuse générale, il y a lieu d'admettre comme les médecins qui ont examiné ce blessé que l'irido-choroïdite de l'œil droit était d'origine sympathique. Les phénomènes inflammatoires ayant disparu on peut considérer que l'état de la vision sera à peu près stationnaire.

Conclusion. — 1° Les accidents constatés sur l'œil gauche dépendent d'un traumatisme dont il est impossible de préciser exactement la date;

2° Ce traumatisme a retenti sur l'œil droit et a produit de ce côté comme du côté gauche une diminution très sensible de la vision qui est définitive;

3° La vision de N... ne lui permet pas de continuer son travail de maçon et il ne peut s'occuper que de très gros ouvrages. Il y a donc lieu d'estimer à 60 o/o la diminution permanente de la capacité de travail;

4° La consolidation peut être fixée à la date du présent rapport.

RAPPORT D'EXPERTISE

Je soussigné, Dr G. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Paris, désigné comme expert par arrêt de la Chambre de la Cour en date du

A l'effet de constater l'état actuel de N..., de préciser les conséquences de l'accident dont il est victime, de rechercher notamment si la perte de l'œil droit a exercé un retentissement sur l'œil gauche et si, par suite d'accidents sympathiques, il existe une diminution de l'acuité visuelle de cet œil chez N..., apprécier la diminution de capacité ouvrière, s'expliquer sur la date de consolidation de la blessure.

Dispensé du serment du consentement des parties, déclare avoir procédé à l'examen de N... le dans mon service de la clinique de l'Hôtel-Dieu en présence des représentants des parties et m'être entouré de tous les renseignements utiles à la vérité.

Renseignements et certificats médicaux.

N..., âgé quarante et un ans, est ouvrier ébarbeur. Le 1905, il recevait un copeau d'acier dans l'œil droit. Il a été soigné par le Dr qui, en présence des complications infectieuses existant sur cet œil, a procédé à l'énucléation les 1906, soit quatre mois après l'accident.

Le rapport ci-joint, adressé par M. à la compagnie d'assurance le 1906, résume les divers certificats qu'il a délivrés à l'occasion de cet accident.

L'ouvrier N... s'est présenté à ma clinique le 1905 atteint d'une blessure grave de l'œil droit ne laissant aucun espoir pour la conservation de cet œil. En pareil cas et surtout lorsque l'on craint la présence d'un corps étranger l'énucléation s'impose.

Mais devant l'insistance du blessé et de son entourage, devant l'affirmation absolue des témoins de l'accident que le corps étranger n'a pas pu pénétrer, l'on est bien obligé de tenter la conservation. C'est ce que je fis en faisant de temps en temps des ponctions pour évacuer les masses corticales cristalliniennes gonflées et en faisant des pansements occlusifs et antiseptiques.

Je me félicitais du résultat obtenu, puisque au mois de février N... allait assez bien pour que je puisse songer à lui faire reprendre son travail, lorsque tout d'un coup l'œil gauche devint douloureux et je constatai l'existence d'une kératite ulcéro-vasculaire de la cornée gauche et une poussée d'iritis.

Ce jour-là j'exigeai l'énucléation sous peine de perte absolue de la vision de l'œil gauche.

L'énucléation fut décidée et pratiquée quelques jours après, N... demandant encore à réfléchir.

Un corps étranger métallique était enkysté au milieu du corps vitré. Les accidents sympathiques cédèrent immédiatement. Il n'en est pas moins résulté une diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche.

Cette acuité est mauvaise ($1/8$ environ) ; elle ne permet plus à N... que de faire un travail grossier. Etant donnée la perte de vision de l'œil droit et la diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche on peut considérer que cet ouvrier subit une diminution de capacité professionnelle de 50 pour 0/0.

Etat actuel. — Du côté droit la cavité orbitaire à la suite de l'énucléation du globe oculaire ne présente aucune trace d'irritation, pas de conjonctivite, pas de douleur à la pression. Elle supporte facilement l'usage de l'œil artificiel.

Du côté gauche il existe à la partie supérieure et interne de la cornée une taie encore vascularisée, ayant l'apparence d'une ulcération assez étendue en voie de cicatrisation. Le reste de la cornée est bien transparent et permet de voir que la pupille est déformée par quelques synéchies conséquence d'une iritis.

Le fond de l'œil est bien éclairable à l'ophtalmoscope. L'ophtalmomètre de Javal indique un astigmatisme très irrégulier de plus de trois dioptries.

L'acuité visuelle, qui ne peut être prise que d'une façon approximative, est à peu près égale à un dixième non améliorable par les verres.

Les résultats de cet examen ont été contrôlés à plus de quinze jours de distance et ont été trouvés sensiblement égaux.

De ce qui précède il résulte que l'accident survenu à N... a produit une plaie pénétrante de l'œil droit avec pénétration de corps étranger.

Les complications infectieuses qui en ont été la conséquence n'ont pas pris tout de suite une allure dangereuse et c'est ce qui a fait retarder l'énucléation pendant quatre mois. Cette énucléation a été pratiquée dès que les complications se sont produites à gauche.

S'agissait-il d'une ophtalmie sympathique et l'inflammation survenue à gauche était-elle la conséquence directe de l'accident de l'œil droit ?

Il est certain que nous ne constatons pas ici la forme ordi-

naire des accidents sympathiques, c'est-à-dire cette irido-cyclite douloureuse avec diminution du tonus et troubles des milieux se terminant au bout de quelques mois par l'atrophie du globe.

On a cependant signalé dans quelques cas un retentissement sympathique sur la cornée s'accompagnant d'un certain degré d'iritis. Il semble bien que c'est ce qui s'est produit ici. La présence du corps étranger dans l'œil droit favorisait les accidents sympathiques. D'autre part, cette kératite ulcéreuse accompagnée d'iritis ne peut être mise sur le compte ni d'une tare organique, ni d'une infection du voisinage ; les paupières, la conjonctive et les voies lacrymales ne présentant aucune lésion. Il faut enfin tenir compte de la longue durée de l'affection qui un an après l'énucléation de l'œil sympathisant est à peine cicatrisée.

La taie de la cornée de l'œil gauche et l'astigmatisme irrégulier qu'elle entraîne diminuent dans une grande proportion la vision du seul œil restant et empêchent N... de reprendre son métier. Il ne pourra s'occuper qu'à des travaux grossiers et peu rémunérateurs.

Conclusion. — 1° L'accident du a produit chez N... une plaie pénétrante de l'œil droit compliquée de corps étranger et d'accidents infectieux qui ont nécessité l'énucléation quatre mois après le traumatisme ;

2° Les lésions de l'œil gauche paraissent être sous la dépendance de l'accident de l'œil droit. Elles entraînent une diminution définitive de la vision qui empêche N... de continuer son métier ;

3° La réduction définitive de capacité de travail résultant de cet accident doit être estimée à 60 o/o ;

4° La consolidation de la blessure peut être fixée au, soit six mois après l'accident.

La réduction de capacité de travail varie en raison directe de la diminution de l'acuité visuelle. Il est impossible d'en donner un tableau d'ensemble.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

L'étude du traitement de l'ophtalmie sympathique atténuée comporte un double but : chercher à prévenir la maladie, c'est le traitement prophylactique, chercher à guérir la maladie, c'est le traitement curatif.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

La prophylaxie de l'ophtalmie sympathique comporte l'étude des différents moyens dont nous disposons pour prévenir l'inflammation du second œil. L'ensemble de ces moyens peut être rangé sous deux chefs principaux : traitement médical, traitement chirurgical.

Tout le traitement médical prophylactique tient dans un seul mot, l'antisepsie. Nous avons vu au chapitre de l'Étiologie, que dans la plus grande majorité des cas, l'ophtalmie sympathique est consécutive à des plaies infectieuses du globe oculaire. Il faut donc que tout l'effort du médecin tende vers un seul but, éviter l'infection pour les plaies opératoires, désinfecter les plaies accidentelles.

Grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, on peut dire que l'ophtalmie sympathique post-opératoire a à peu près disparu. Avant de pratiquer une opération sur le globe ocu-

laire, il faut faire un examen attentif du malade au point de vue local et au point de vue général.

Au point de vue local, il faut examiner avec le plus grand soin l'état des paupières, rechercher s'il n'existe pas de blépharite, examiner la conjonctive, retourner les paupières. Il faut surtout porter toute son attention sur l'examen des voies lacrymales, voir si l'écoulement des larmes se fait bien normalement, s'il n'existe pas de rétrécissement du canal nasal et de dilatation du sac. Il faut encore s'enquérir s'il n'existe pas d'infection des cavités nasales ou du voisinage. L'examen des urines sera toujours fait.

Enfin il faudra toujours, comme le professeur de Laperonne le recommande dans son service, faire au malade, la veille de l'opération, un pansement d'épreuve. On regarde le pansement le lendemain, et on voit ainsi si on peut pratiquer l'opération. Cette pratique sera très utile et évitera bien souvent de cruelles déceptions.

Il est bien évident que pour tout ce qui concerne l'opération, les mêmes règles d'asepsie qui sont de rigueur pour toutes les opérations, en général, doivent ici être observées encore plus scrupuleusement.

Pour ce qui est des plaies accidentelles, nous ne pouvons pas demander à l'agent vulnérant d'être aseptique. Tout ce que nous pouvons faire c'est désinfecter la plaie, et par un pansement approprié, faciliter la réparation et la cicatrisation. S'il se fait une petite infection il faut la traiter avec soin.

Mais dans tous les cas où il y a plaie accidentelle d'un œil il faut toujours prendre l'acuité visuelle de l'autre œil.

Cette précaution est indispensable pour pouvoir se rendre compte plus tard du dommage causé par l'ophtalmie sympathique. Cette précaution est indispensable pour pouvoir dépister les premiers symptômes de l'ophtalmie sympathique. En effet, comme nous l'ont montré nos observations, le début de l'ophtalmie sympathique est le plus souvent insidieux. Une diminution de l'acuité visuelle de deux ou trois dixièmes peut passer inaperçue alors qu'elle aurait été reconnue si l'on avait connu la vision de cet œil antérieurement.

Si le corps étranger a pénétré dans l'œil, le premier devoir du médecin est de l'extraire si cette extraction est possible. Si l'extraction est impossible et si la vision de l'œil traumatisé est perdue c'est l'énucléation préventive.

C'est qu'en effet les moyens médicaux sont souvent insuffisants pour empêcher la transmission de l'ophtalmie sympathique et alors on est bien contraint d'employer un remède plus radical. Le traitement chirurgical préventif consiste à supprimer par une opération le foyer infectieux.

Parmi les opérations l'énucléation de l'œil traumatisé est celle dont la valeur préventive est la mieux acquise.

Les indications de l'énucléation sont faciles à poser dans certains cas bien déterminés. Lorsque la vision d'un œil est complètement et définitivement perdue, soit du fait du traumatisme initial, soit du fait de l'infection consécutive il n'y a pas d'hésitation possible. Le moignon atrophié est un danger constant pour son congénère. Il faut l'énucléer.

Il est inutile, il est disgracieux et il est toujours dangereux. C'est le seul cas où l'énucléation ne se discute même pas. Chez l'enfant cependant, à moins de menace d'oph-

talmie sympathique il vaut mieux attendre pour faire l'énucléation d'un moignon que la cavité orbitaire soit bien développée tout en surveillant l'œil de très près. Mais lorsqu'il s'agit d'un œil dont la vision n'est pas complètement perdue le problème se complique. Autant de cas, autant de solutions. D'abord d'une façon générale on ne peut discuter l'énucléation d'un œil ayant encore une certaine acuité que devant la menace très nette d'une ophtalmie sympathique. Alors le résultat n'est pas certain. Il faut étudier la marche de l'infection dans l'œil traumatisé et surveiller l'autre œil.

Telles sont les indications de l'énucléation. Elles sont faciles à poser dans le cas d'un œil atteint de cécité, elles sont extrêmement délicates lorsque l'œil traumatisé a une vision convenable.

Les résultats de l'énucléation ont été diversement interprétés. On a même accusé l'énucléation d'avoir provoqué des accidents sympathiques. La commission anglaise en avait rassemblé trente cas publiés par Mooren, Schmidt, Rimpler, Pagenstecher. Mais dans ces cas les accidents sympathiques avaient débuté avant l'énucléation ; l'infection avait déjà dépassé les limites de l'œil énucléé.

Petella, de Naples, dans une communication au Congrès de la Société italienne d'Ophtalmologie de 1902 a admis que, lorsqu'il s'est écoulé quatre semaines après l'opération préventive sans apparition d'ophtalmie sympathique, cette dernière ne peut se déclarer sous une forme tardive qu'après rechute inflammatoire dans l'orbite énucléée.

La valeur de l'énucléation préventive est donc un fait absolument acquis (Terrien, Grullon).

D'autres opérations ont été tour à tour proposées comme moyen préventif contre l'ophtalmie sympathique.

L'exentération ou éviscération du globe a été vulgarisée par de Græfe qui l'a surtout conseillée dans les cas de phtisie et de suppuration du globe.

L'exentération ignée est l'opération de choix de la panophtalmie (Professeur de Lapersonne).

On a encore proposé la section optico-ciliaire avec ou sans excision d'un segment du tronc optique, mais elle n'offre pas une sécurité absolue.

L'excision de la cornée suivie de l'application de cataplasme, le seton passé dans l'œil dans le but d'y provoquer une suppuration, l'amputation du segment antérieur du globe ne présentent plus qu'un intérêt historique (Gama Pinto).

TRAITEMENT CURATIF

Tous les traitements ont été essayés et souvent sans succès. L'énucléation, qui possède une valeur préventive certaine, ne possède plus qu'une valeur curative incertaine. Cependant il ne faut pas hésiter à y recourir même au cours d'une ophtalmie sympathique, lorsque l'œil sympathisant est complètement amaurotique.

On doit procéder immédiatement à l'énucléation d'un moignon atrophique. Il importe encore ici que le diagnostic soit précoce, c'est pourquoi nous avons insisté sur les premiers symptômes de l'ophtalmie sympathique atténuée. Il faut opérer à la première alerte. L'énucléation a une valeur curative d'autant plus grande qu'elle est plus pré-

cocce. Kurt-Steindorff, de Berlin, a étudié la curabilité de l'ophtalmie sympathique. L'auteur arrive à cette conclusion que, sur 28 malades traités *de bonne heure*, 17 (soit 60 0/0) conservent une acuité visuelle relativement bonne puisque elle est supérieure à un dixième. Douze malades seulement ont pu être suivis, et chez eux seuls la guérison peut être donnée comme durable. Chevallereau a rapporté à la Société d'Ophtalmologie de juillet 1905 un cas de guérison complète et rapide d'irido-choroïdite et de névrite optique après l'énucléation. A. Terson a cité trois cas de guérison après énucléation en pleine ophtalmie sympathique. Il semble donc que l'énucléation ait une action sur les phénomènes inflammatoires de l'œil sympathisé. Si elle ne donne pas la guérison, elle peut produire une amélioration ou être sans effet, mais dans aucun cas elle ne peut être nuisible.

Les autres opérations dont nous avons parlé au traitement prophylactique ne présentent aucun avantage sur l'énucléation, au contraire.

Lorsque l'énucléation de l'œil sympathisant ne peut pas être faite, le même traitement s'applique à l'œil sympathisé et à l'œil sympathisant.

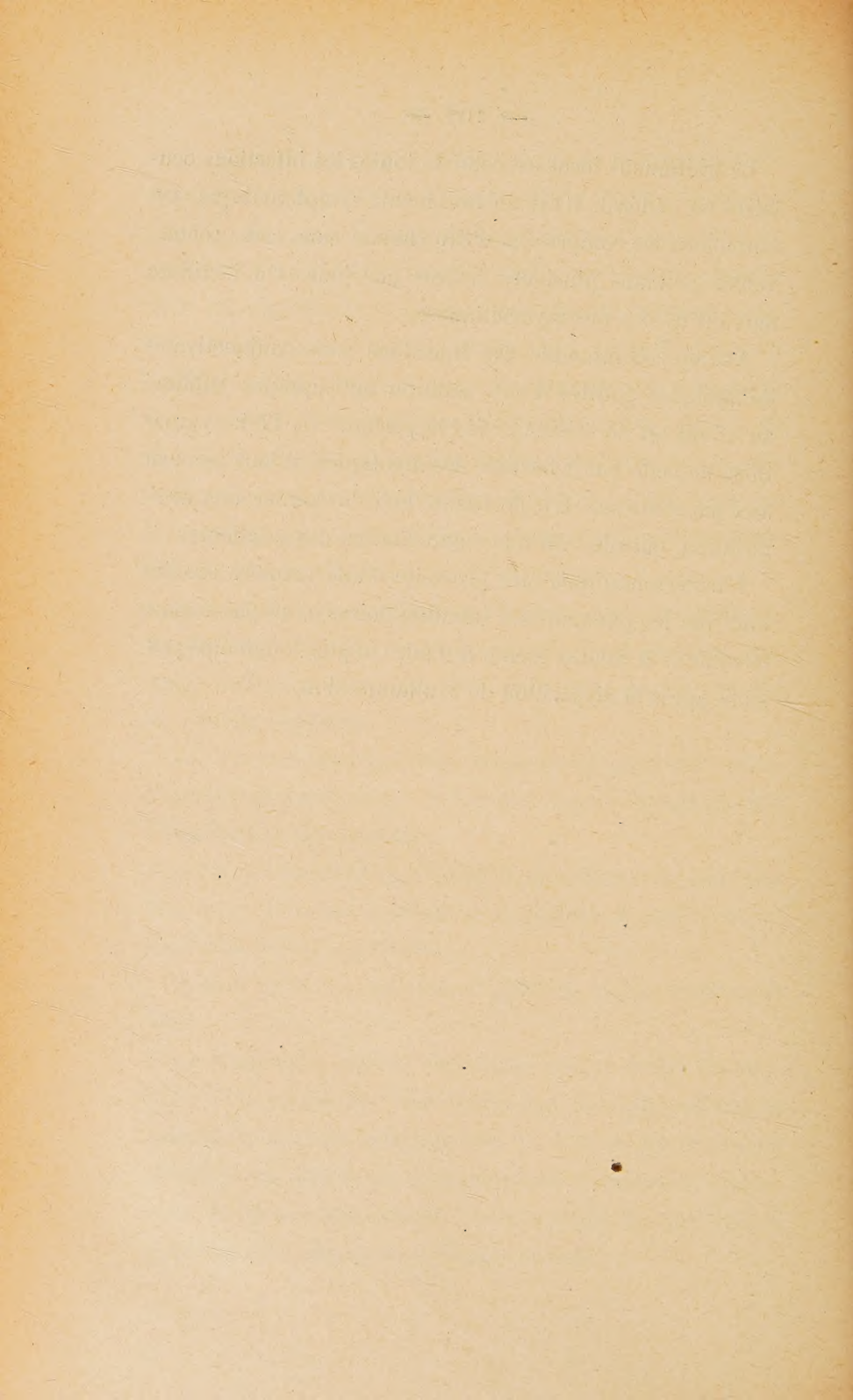
Il faut faire un traitement général et un traitement local.

Le traitement général sera dirigé contre toutes les diathèses, les infections, dont l'influence pourrait s'ajouter à celle de la maladie sympathique. Le traitement mercuriel (frictions ou injections, sous-cutanées), l'iodure de potassium, le traitement salicylé, les purgatifs, les diurétiques pourront être employés avantageusement.

Le traitement local est celui de toutes les infections oculaires en général. C'est un traitement symptomatique. On emploiera les compresses d'eau chaude sans cesse renouvelées pendant plusieurs heures par jour. On instillera suivant les cas des mydriatiques.

Abadie recommande les injections sous-conjonctivales de quelques gouttes d'une solution antiseptique (sublimé au 1/500 ou au 1/1000). Si l'hypertonie de l'œil sympathisé ne cède pas à l'action des myotiques, il faut recourir aux paracentèses. L'iridectomie, loin de donner une amélioration, entraînerait une augmentation des accidents.

L'iridectomie doit être proscrite d'une manière absolue tant que les phénomènes inflammatoires n'ont pas disparu (Grullon). Il faudra même attendre le plus longtemps possible après la disparition de l'inflammation.



CONCLUSIONS

I. — Grâce à l'antisepsie, les cas d'ophtalmie sympathique sont moins nombreux qu'autrefois, les symptômes en sont moins graves, la marche en est plus lente.

II. — Les causes sont toujours les mêmes, mais l'ophtalmie sympathique post-opératoire est devenue très rare ; les plaies accidentelles, les vieux moignons avec ossification de la choroïde constituent les principaux facteurs étiologiques de cette affection.

III. — La pathogénie de l'ophtalmie sympathique n'est pas encore complètement élucidée. Un grand nombre de théories ont été émises, mais aucune d'elle ne s'est imposée d'une façon définitive. Elles n'ont fait que s'adapter à l'évolution qui s'est produite dans la pathologie générale. Un seul fait est bien acquis, c'est l'influence de l'infection.

IV. — Ce qui caractérise les formes atténuées de l'ophtalmie sympathique au point de vue clinique, c'est la localisation plus ou moins nette des lésions à un segment de l'œil, segment antérieur ou segment postérieur. Les formes habituelles sont au niveau du segment antérieur l'iritis séreuse, l'irido-cyclite plastique. La kératite comme manifestation sympathique unique est une exception, le plus souvent elle s'accompagne de troubles de tout le segment antérieur. Au niveau du segment postérieur l'ophtalmie sympathique revêt deux formes : la choroïdite ou mieux la chorio-rétinite et la papillo-rétinite.

V. — Le diagnostic ne peut jamais être posé avec une certitude absolue. Il faut éliminer toutes les autres causes,

diathèses, maladies infectieuses ou générales, et rechercher s'il existe un rapport de cause à effet entre les affections des deux yeux.

VI. — Le pronostic doit toujours être extrêmement réservé surtout au point de vue médico-légal.

L'ophtalmie sympathique atténuée peut aboutir à la cécité. L'étude des symptômes ne permet pas de prédire le dénouement. Telle ophtalmie sympathique qui évolue presque sans aucun signe peut résister à tous les traitements. Au point de vue des conséquences médico-légales il faut toujours prendre l'acuité visuelle de l'œil sain chez un sujet porteur d'une blessure accidentelle de l'autre œil et cela dès le premier examen.

VII. — Le traitement préventif, énucléation des vieux moignons atrophiques, antisepsie des plaies accidentelles est le meilleur.

La maladie déclarée, il faut aux premiers signes avant-coureurs de la sympathie faire l'énucléation de l'œil sympathisant s'il est amaurotique, car si les résultats sont incertains, il est généralement admis qu'il y a des cas d'ophtalmie qui peuvent être améliorés par l'énucléation et cela d'autant qu'elle est plus précoce. Le traitement général ne doit pas être négligé. Le traitement local est celui des différentes formes.

Vu : Le Président de la thèse :
DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD